

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
“Psicología, la fuerza que mueve al mundo y lo cambia”



TESIS

**“TEMPERAMENTO Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LAS
GESTANTES DEL HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO
VILLA RICA, PASCO - 2019”**

**PARA OPTAR TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

TESISTA

Bach. Celedonia Mariela, NIETO GONZALES

ASESORA

Mg. Yenni Primitiva, ROJAS PARDO

HUANUCO - PERU

2019



ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las nuevas horas del día quince del mes de Noviembre del año Dos Mil Diecinueve, se reunieron en el Auditorio de la Ciudad la Esperanza de la universidad de Huánuco, de esa ciudad, los Miembros del jurado, designados por Resolución N°2021-2019-D-FCS-UDH de fecha 11 de Noviembre del 2019 y al amparo de la Ley Universitaria N° 30220, Resolución N° 1006-2017-R-UDH de fecha 03/JUL/17 capítulo V Artículo 44° y 45° del Reglamento de Grados y Títulos para evaluar la Tesis titulada: **"TEMPERAMENTO Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO DE VILLA RICA, PASCO - 2019."**, presentado por la Bachiller doña **Celedonia Mariela NIETO GONZALES**, para optar el Título Profesional de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo APROBADO.....por UNANIMIDAD.....con el calificativo cuantitativo de 13..... y cualitativo de SUFICIENTE..(Art. 54)

Siendo las 10 am.....horas de día 15., se dio por concluido el acto académico, firmando para constancia los miembros del Jurado.

MG. KARINA VANESSA DIESTRO CALORETTI
PRESIDENTE

MG. LINCOLN ABRAHAM MIRAVAL TARAZONA
SECRETARIO

PSIC. YANINA JOYCE CANDELARIO SARAVIA
VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres por darme la vida, a mi hijo quien es mi motivo para crecer y ser mejor cada día.

AGRADECIMIENTO

A Dios por estar siempre acompañándome y por la oportunidad de realizar uno de mis grandes sueños

Al Hospital Roman Egoavil Pando Villa Rica por abrirnos las puertas y brindarme la oportunidad de desarrollar la presente investigación.

Un agradecimiento especial a las gestantes por la generosa y valiosa información aportada.

A la Universidad de Huánuco y docentes, por las enseñanzas brindadas y la contribución en mi formación profesional.

A mi asesora Mg. Yenni Primitiva Rojas Pardo por su paciencia y tiempo brindado en el desarrollo de la presente tesis.

Finalmente, a los catedráticos Karina Vanessa Diestro Caloretti, Lincoln Miraval Tarazona y Yanina Candelario Saravia, miembros del jurado evaluador de la presente tesis.

INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
INDICE	iv
RESUMEN	vii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	xi

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema	14
1.2. Formulación del problema	17
1.2.1. Problema general.	17
1.2.2. Problemas Específicos.....	17
1.3. Objetivos.....	18
1.3.1. Objetivo general	18
1.3.2. Objetivos específicos	18
1.4. Justificación de la investigación.....	18
1.5. Limitaciones	20
1.6.Viabilidad o factibilidad	20

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.....	21
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	21
2.1.2. Antecedentes nacionales.	22
2.1.3. Antecedentes regionales o locales	24
2.2. Bases teóricas	24
2.2.1. Temperamento.....	24
2.2.1.1. Definición.....	24
2.2.1.1. Tipos de temperamentos:.....	25
2.2.1.2. Modelo de Personalidad de Eysenck.	27
2.2.1.3. Estructura de la personalidad de Eysenck.	28
2.2.1.4. Dimensiones de la personalidad normal: Eysenck	29

2.2.1.4. Base epistemológica	32
2.2.2. Ansiedad.....	32
2.2.2.1. Definición.....	32
2.2.2.2. Etiología	33
2.2.2.3. Clasificación de la ansiedad.....	33
2.2.2.5. Factores que intervienen en la ansiedad durante el embarazo y parto	34
2.2.2.6. Señales de cambio durante el embarazo	36
2.2.2.7. Adaptación materna	37
2.2.2.8. Respuesta emocional.....	39
2.2.2.9 Bases biológicas de la Ansiedad.....	42
2.2.2.11. Teorías de la Ansiedad	43
2.2.3. Embarazo.	46
2.3. Definiciones conceptuales	52
2.3.1. Temperamento	52
2.3.2 Ansiedad	52
2.3.3 Gestación	53
2.3.4 Hospital	53
2.5. Hipótesis	53
2.4.1. Hipótesis General.....	53
2.4.2. Hipótesis Específicos	53
2.5. Variables.....	55
2.7. Operacionalización de variables (dimensiones e indicadores)	56

CAPITULO III

METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.2. Tipo de investigación	57
3.1.1. Enfoque.....	57
3.1.2. Alcance o nivel	57
3.1. Diseño de investigación	58
3.3. Población y muestra	58
3.3.1. Población	58
3.3.2. Muestra	59
3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos	60

3.4.1. Inventario De Personalidad – Eysenck Forma B, para adultos (EPI)	60
3.4.2. Escala de automedición de ansiedad (EAA)	62
3.5. Tratamiento y procesamiento de datos	63
CAPITULO IV	
RESULTADOS	
4.1. Presentación de datos	64
4.2. Contrastación y prueba de hipótesis	70
CAPITULO V	71
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	71
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	76
ANEXO	810

RESUMEN

La presente investigación denominada “Temperamento y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Roman Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019”, es de tipo observacional, prospectivo transversal, de diseño descriptivo-correlacional, que tuvo como objetivo determinar la relación entre temperamento y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Roman Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.

La muestra fue de tipo probabilístico, donde participaron 78 gestantes, Los instrumentos utilizados para la evaluación fueron: Inventario de personalidad – Eysenck forma B para adultos (EPQ) y Escala de ansiedad de Zung-EAA. Para el análisis de datos para la parte descriptiva se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio a través de tablas de frecuencias gráficas, medidas de tendencia central y dispersión con el objetivo de conocer el comportamiento de dichas variables y para el Análisis Inferencial se utilizó prueba estadística Chi Cuadrada (X^2), debido a que estuvimos interesados en ver la relación existente entre dos variables categóricas ordinales de una misma población, con un margen de error del 5% y un nivel confiabilidad del 95%, para el procesamiento de los datos se utilizó el Paquete Estadístico SPSS versión 20.

En los resultados se encontró en cuanto al temperamento que presentan las gestantes investigadas, se pudo evidenciar un mayor porcentaje con 71,8% (56) de las gestantes tienen un temperamento melancólico; seguido de un 20,5% (16) con temperamento colérico. Y con respecto al nivel de ansiedad que presentan las gestantes investigadas, se pudo evidenciar un mayor porcentaje con 50,0% (39) de las gestantes tienen una ansiedad leve;

seguido de un 43,6% (34) quienes presentan una ansiedad moderada. Así mismo en porcentajes menores se obtuvo un 5,1% (4) gestantes presentan una ansiedad severa, seguida de un 1,3% (1) gestantes no presentan ansiedad.

Finalmente, no existe relación entre el temperamento y el nivel de ansiedad, ya que se obtuvo un valor Chi cuadrado $X^2=8,400$ y un valor $P=0,494$.

Palabras clave: *Temperamento, ansiedad y gestantes*

ABSTRACT

The present investigation denominated "Temperament and level of anxiety in the pregnant women of the Hospital Roman Egoavil Pando Villa Rica, Pasco - 2019", is of observational type, transversal prospective, of descriptive-correlational design, that had like objective to determine the relation between temperament and level of anxiety in the pregnant women of the Roman Egoavil Hospital Pando Villa Rica, Pasco - 2019.

The sample was probabilistic, where 78 pregnant women participated. The instruments used for the evaluation were: Personality inventory - Eysenck form B for adults (EPQ) and Scale of anxiety of Zung-EAA. For the analysis of data for the descriptive part, a descriptive analysis of the study variables was carried out through tables of graphical frequencies, measures of central tendency and dispersion with the objective of knowing the behavior of said variables and for the Inferential Analysis was used Chi square statistical test (χ^2), because we were interested in seeing the relationship between two categorical ordinal variables of the same population, with an error margin of 5% and a reliability level of 95%, for data processing the Statistical Package SPSS version 20 was used.

In the results it was found in terms of the temperament presented by the pregnant women investigated, it was possible to show a higher percentage with 71.8% (56) of the pregnant women have a melancholic temperament; followed by 20.5% (16) with angry temper. And with respect to the level of anxiety presented by the pregnant women investigated, a greater percentage could be evidenced with 50.0% (39) of the pregnant women have a mild anxiety; followed by 43.6% (34) who show moderate anxiety. Likewise, in lower

percentages, 5.1% were obtained (4) pregnant women show severe anxiety, followed by 1.3% (1) pregnant women do not present anxiety.

Finally, there is no relationship between temperament and anxiety level, since a Chi-square value $X^2 = 8,400$ and a value $P = 0,494$ was obtained.

Keywords: Temperament, anxiety and pregnant women

INTRODUCCIÓN

Según estadísticas de la Dirección de Salud Mental del MINSA, los problemas centrales a nivel nacional son la ansiedad y la depresión, las mismas que se presentan en todos los sectores socioeconómicos con incidencia en Lima, Arequipa, Cusco, Loreto, La Libertad y el Callao. Los casos de trastorno ansioso diagnosticado el último semestre del 2013 suma 97 mil 604. Estas cifras revelan que la población peruana admite tener un problema en su estado emocional y deja de lado el estigma de ser un paciente con problemas de salud mental.

La problemática de las gestantes es muy amplia y aunque en las dos últimas décadas ha recibido mayor atención, hasta el momento el estado ha ido incrementado diversos programas de salud que intentan ocuparse de este grupo humano y por otro lado la ansiedad de la madre repercute en el desarrollo del feto.

Algunas mujeres viven diversos cambios en la etapa del embarazo y luego del parto manifiestan otros más, como los físicos y psicológicos que generan inestabilidad emocional, siendo la depresión, la ansiedad y el estrés los problemas más frecuentes durante los primeros meses de gestación, señalaron especialistas del Instituto Nacional de Salud Mental. (José, 2016).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión, ansiedad y el estrés pueden afectar a 15 de cada 100 mujeres embarazadas debido a las diversas preocupaciones que conlleva pensar en la responsabilidad de concebir una vida. (José, 2016)

El embarazo es un proceso complejo, en el que se lleva a cabo cambios importantes en la mujer, tanto a nivel fisiológico, psicológico y social, entre los fisiológicos se encuentran los cambios hormonales que propician un sin fin de síntomas entre ellos: las náuseas, vómitos, etc. Estos cambios hormonales no solo afectan la fisiología de la mujer, sino que propician cambios a nivel emocional, entre ellos el estado de ánimo, la mujer puede sentirse ambivalente hacia su embarazo, ya que, por un lado, siente alegría de ser madre y por otro miedo por el desconocimiento del desenlace final del embarazo. En lo social, la mujer advierte el cambio de rol que tendrá, como madre y esposa, sobre todo cuando es el primer hijo, porque empieza a preguntarse si es capaz de cuidarse y ser buena madre. (Ontiveros, 2010)

En lo concerniente a la presente investigación, se plantea estudiar temperamento y niveles de ansiedad en las gestantes del Hospital Roman Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019, mostrada en cinco capítulos, además de las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y de los anexos respectivos.

En el Capítulo I, se hace referencia al problema de investigación, en la que se describe y formula el problema de la investigación, asimismo se presentan los objetivos, justificación, viabilidad y limitaciones

En el Capítulo II se muestra el marco teórico, se inicia con los antecedentes internacionales, nacionales y regionales, además se presenta las bases teóricas, las definiciones conceptuales, hipótesis, variables y la operacionalización de las mismas.

En el Capítulo III, muestra la parte del marco metodológico y se mencionan el tipo y diseño de investigación. Seguido se señalan y describen los instrumentos que se utilizaron, al igual que los procedimientos estadísticos utilizados para la obtención de los datos y las técnicas de análisis y procesamiento de datos.

El capítulo IV, trata acerca de la presentación de los resultados obtenidos en la investigación, según los objetivos e hipótesis propuestas.

En el Capítulo V, referido a la discusión de los resultados, se analiza lo hallado en función al sistema de hipótesis planteadas.

Finalmente se presentan las conclusiones planteadas y se termina formulando sugerencias, por último, se presentan las referencias bibliográficas al igual que los anexos.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.Descripción del problema

El embarazo implica un episodio esperado de la vida procreativa de la mujer que debe de suceder dentro de un marco de bienestar y gratificación, sin embargo, en determinadas situaciones se modifican estos conceptos y enmarcan el embarazo dentro de sensaciones de malestar, tensión y ansiedad. Cada trimestre del embarazo presenta cambios psicológicos que están bien diferenciados.

En el primer trimestre lo que va primar es la incertidumbre y la adaptación y aparecen duda e inquietudes sobre el rol de madre y evolución de la gestación. La mujer se encuentra en las labores del proceso de internalización el feto, la elaboración del vínculo y la simbiosis. En el segundo trimestre denominado de equilibrio sucede eventos de grande trascendencia como empezar a sentir al bebe, desaparecen las molestias físicas y el abultamiento del abdomen permite experimentar el sentido de pertenencia hacia el hijo y la estructuración del vínculo emocional. En el tercer trimestre llamado de repliegue la madre concentra sus afectos intereses y emociones en el niño y en el parto. (Gaviridia, 2009)

En determinadas situaciones se cambian estos conceptos y enmarcan en el embarazo dentro de sensaciones de malestar, tensión y ansiedad, definiéndola esta ultimo como la tendencia a presentar una sensación difusa y vaga de aprehensión o preocupación. Existen diferentes grados de esta experiencia que van desde leves a extremadamente debilitadores.

Desde el punto de vista psicológico, la gestación se considera un tiempo crítico. Supone un cambio de estado en el que la pareja se convertirá en familia, asumiendo una nueva identidad de madre. Es el inicio de lo que podríamos entender como proceso de maternización que incluye gestación, parto y crianza considerados como un todo. Este proceso supone la posibilidad de adquirir cualidades de madre, no relativas únicamente al hecho biológico, sino al desarrollo psicológico y emocional, cualidades que le son formadas fundamentalmente por medio de las interacciones tempranas con el hijo. (García-Dié y Palacín, 2001)

Generalmente, las mujeres embarazadas tienen sentimientos en los que se mezclan la ansiedad, la impulsividad y una feliz espera, y dentro de su entorno se encuentra a la futura madre tanto deprimida o aturdida como soñadora y esperanzada. Durante este período pueden tener deseos de visitar a su madre y en ocasiones hacerle preguntas sobre su propia infancia aunque puedan llegar a remover viejos conflictos con ella, observan y sienten que vuelven a necesitarla.

Algunos estudios han demostrado que las alteraciones emocionales que ocurren durante el embarazo parecen estar relacionadas con variables psicosociales diferentes, así nos lo corrobora un estudio de Bernazzani, Saucier, David y Bor-geat (1997) en el que se observó la presencia de dos alteraciones emocionales en las mujeres embarazadas; por una parte, la sintomatología depresiva y por otra la presencia de miedos relacionados con el embarazo.

Si bien en los últimos años diversas investigaciones han intentado estudiar los procesos y conflictos que las mujeres experimentan en relación a

su embarazo, Dick Read (1944) ya describió el círculo miedo-tensión-dolor como alterador del curso del parto. En este sentido, se ha comprobado como los conflictos experimentados predicen la ansiedad materna y los aspectos psicofisiológicos del parto e influyen en la prolongación del mismo.

Algunos estudios, han demostrado que las alteraciones emocionales que ocurren durante el embarazo parecen estar relacionadas con variables psicosociales diferentes. Prueba de ello, es un estudio llevado a cabo por Bernazzani, Saucier, David y Borgeat (1997) en el que evaluaron a un grupo de mujeres que se encontraban en el segundo trimestre de gestación. En el estudio, observaron la presencia de dos alteraciones emocionales en las mujeres embarazadas; por una parte, la sintomatología depresiva y, por otra, la presencia de miedos relacionados con el embarazo. Estas alteraciones emocionales se asociaban con factores psicosociales diferentes. Mientras que la sintomatología depresiva se asociaba más al locus de control, relaciones interpersonales, estresores e historia psiquiátrica, los miedos relacionados con el embarazo estaban más asociados a factores sociodemográficos, relaciones interpersonales e historia familiar.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es si estas alteraciones emocionales se presentan durante todo el periodo de gestación, o si por el contrario son más frecuentes en determinados momentos del embarazo, existen diferencias en los niveles de depresión, ansiedad estado, ansiedad rasgo, ira estado, ira rasgo, temperamento, reacción y expresión de ira, entre mujeres que se encuentran en el primer, segundo y tercer periodo de gestación respectivamente.

La ansiedad que sufre la mujer depende además de la naturaleza del riesgo, la forma de tratamiento y la percepción de la mujer al peligro de muerte de su hijo y que en ocasiones el efecto disruptivo del embarazo se extienda más allá del periodo gestacional.

El temperamento es la manera natural y primaria de una persona de interaccionar con el entorno; son como unas gafas invisibles que nos hacen percibir el mundo de una manera y en consecuencia reaccionar también de un modo determinado.

En este sentido con la presente investigación se busca determinar la relación entre el temperamento y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general.

¿Cuál es la relación entre el temperamento y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019?

1.2.2. Problemas Específicos.

1. ¿Cuál es la relación entre el temperamento melancólico y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019?
2. ¿Cuál es la relación entre el temperamento colérico y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019?
3. ¿Cuál es la relación entre el temperamento sanguíneo y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019?

4. ¿Cuál es la relación entre el temperamento flemático y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el temperamento y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Conocer la relación entre el temperamento melancólico y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.
2. Identificar la relación entre el temperamento colérico y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.
3. Demostrar la relación entre el temperamento sanguíneo y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.
4. Establecer la relación entre el temperamento flemático y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.

1.4. Justificación de la investigación

El tema del embarazo es un problema de salud pública a nivel mundial ya que en la mayoría de los casos éste afecta negativamente la salud de la madre y del hijo por nacer, ocasionando alteraciones en la calidad de vida no

solo de ellos, sino de la familia y la sociedad. Además, los cambios psicológicos, estarán condicionados por su historia de vida, por la relación con el progenitor de su hijo, por la situación con su familia, por su edad y especialmente por su madurez personal, como también se evidencia que el embarazo cambia la percepción que ella tiene de la vida, más aún si este no ha sido planeado. Surgen emociones fuertes y variadas entre las que se observan (tensión, angustia, entre otras), debido al impacto económico y social, según refieren que afectan su adaptación social y la salud emocional.

En el presente trabajo de investigación se enfocó en estudiar la relación el temperamento y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019

La investigación tiene relevancia social debido a que va a contribuir en el proceso y mejorara la calidad de vida de las gestantes. De la misma manera, para los psicólogos clínicos ya que sirve como base científica sobre el tema mejorando la intervención y prevención en problemas de embarazo.

La implicancia práctica de la investigación consiste en que la información generada puede ser utilizada con fines preventivos y como propuestas de intervención y mejorar la calidad de vida de la gestante.

Desde el punto de vista teórico es importante, pues se va a contribuir a profundizar el conocimiento científico sobre el temperamento y ansiedad en las gestantes, además de establecer sus relaciones entre estas variables. Así como para futuras investigaciones que deseen estudiar las mismas variables o sus derivados

La utilidad metodológica de la investigación se basa en que se adopta instrumentos aplicados en otros contextos institucionales para recoger información sobre el temperamento y ansiedad.

1.5. Limitaciones

La presente investigación presento las siguientes limitaciones:

- Los diseños correlacionales por si mismos tienen la limitación de no proveer información de tipo causal.

No existe antecedentes regionales con respecto a las variables de investigación

1.6. Viabilidad o factibilidad

La presente investigación fue viable por:

- Existe la disponibilidad de tiempo para ejecutar la investigación.
- Se trata de un estudio que no fue de alto costo económico y fue autofinanciado.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales.

Díaz y Mejías (2013), en su trabajo de investigación “Ansiedad y depresión durante el embarazo en España”, planteó el objetivo para determinar los síntomas de ansiedad y depresión presentes durante el embarazo, conocer si se presentan diferencias en estos síntomas entre los trimestres de gestación, y además comparar estos hallazgos con los de un grupo de mujeres sanas no embarazadas. Cuyas conclusiones son que la edad promedio de las embarazadas fue menor que la de las pacientes no embarazadas, en concubinato fue más frecuentes en las mujeres embarazadas 33.9%, que en las mujeres no embarazadas 3.3%. En el grupo de embarazadas, no se encontró asociación estadística del aumento de ansiedad y depresión con algún trimestre del embarazo en específico, pero si existe dependencia estadísticamente significativa entre el embarazo y la presencia de ansiedad y depresión. En el grupo control conformado por las pacientes no embarazadas la mayoría (54.1%) no se hayan deprimidas ni ansiosas. En las pacientes embarazadas, la tenencia de pareja, no incidió en su estado depresivo (77.1% estaban deprimidas); tuviesen o no pareja mostraron depresión de igual forma. En el grupo de las pacientes no embarazadas, la tenencia de pareja influyo negativamente en su estado depresivo; las que no tenían pareja se encontraron deprimidas con mayor frecuencia que aquellas con pareja. (Díaz y Mejías, 2013)

Quezada (2011), realizó una investigación denominada "Relación entre depresión, estrés y estresores en adolescentes gestantes bajo distintas condiciones de estado civil". Este estudio tuvo como propósito identificar la relación entre los niveles de depresión y estrés, así como el número de estresores enfrentados por adolescentes embarazadas bajo distintas condiciones de estado civil. Correspondió a un estudio no experimental, transversal y exploratorio; la muestra estuvo compuesta por 82 adolescentes primigestas con edades entre los 15 y 19 años, quienes respondieron a los instrumentos de evaluación: Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Estrés Percibido y el Cuestionario de Sucesos Vitales. Los resultados indicaron que las adolescentes bajo las condiciones de estado civil: solteras y casadas/cohabitando que viven con la propia familia, son quienes poseen las medias más altas de estrés, depresión y estresores en relación a los otros grupos. Por otro lado, se encontró que la condición del estado civil, el tipo de embarazo, y los estresores relacionados a finanzas, hijos y situaciones sociales, son factores que explican el 64% de la varianza de estrés, así como el 71% de la depresión en las adolescentes primigestas. (Quezada, 2011)

2.1.2. Antecedentes nacionales.

Benavides y Tarrillo(2016), realizaron una investigación denominada "calidad de vida y autoestima en gestantes. centro de salud José Olaya de Chiclayo. julio – agosto, 2016", en una población de 80 gestantes utilizando para la primera variable la escala de calidad de vida de Olson y Barnes y para la segunda variable el inventario de Autoestima de Coopersmith los cuales se procesaron a través del software estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 21.0, para ello se empleó además el análisis de la estadística

descriptiva utilizando los estadígrafos como medias y porcentajes, para analizar la relación de las variables en estudio se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson obteniendo de esta manera los resultados tabulados y presentados en tablas y gráficos. Donde se concluyó que existe una relación significativa directa entre calidad de vida y autoestima ($p > 0.01$) aceptándose la hipótesis planteada, donde (93.8%), de las gestantes adolescentes se ubica en el nivel de mala calidad de vida y con respecto al nivel de autoestima el mayor porcentaje (76.3%) de las gestantes adolescentes, se ubican entre los niveles promedio bajo y baja autoestima.

García (2012) en su tesis titulada “Ansiedad estado-rasgo entre gestantes adolescentes y adultas que acuden al Hospital Las Mercedes de la ciudad de Chiclayo”, llegó a las siguientes conclusiones: las adolescentes y adultas presentan altos niveles de ansiedad estado percibiendo su embarazo como una situación estresante, estando propensas a llegar a una ansiedad rasgo, a comparación de las adolescentes y adultas que se encuentran a nivel medio apreciando su embarazo como un estado transitorio de tensión e inquietud, estando propensas a experimentar ansiedad neurótica y ansiedad rasgos más prolongados. La ansiedad estado según el estado civil adolescente y adultas viudas siendo este estado peligroso por la secuencia de eventos cognitivos, afectivos anteriormente vivido e interpretado como amenazante. Las adolescentes solteras en la ansiedad estado aprecian con menor temor su gestación a diferencia de las adultas solteras que perciben con miedo y preocupación por tener que afrontar su estado sin el apoyo de la pareja.

2.1.3. Antecedentes regionales o locales

Montoya (2015) en su investigación "Depresión y ansiedad en madres gestantes primerizas atendidas en los centros de salud del distrito de Huánuco". El objetivo fue determinar la relación entre la depresión y la ansiedad que presentan las madres gestantes primerizas atendidas en los centros de salud del distrito de Huánuco. La presente investigación fue de carácter descriptivo correlacional, con una muestra de 30 madres gestantes primerizas entre las edades de 15 a 35 años, el instrumentó que se les aplicó fue el Inventario de depresión de Beck y el Inventario de ansiedad de Beck. Los resultados obtenidos de la investigación fueron las siguientes: Depresión leve con un 50%; y para Ansiedad se obtuvo el nivel moderado con un 40%, llegando a la conclusión que no existe relación significativa entre la depresión y la ansiedad en madres gestantes primerizas de los centros de salud de los distritos de Huánuco.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Temperamento.

2.2.1.1. Definición.

Para Hock (2008) "El temperamento es una disposición fundamental del alma, que se manifiesta particularmente, cuando esta recibe una impresión, ya sea por ideas y representaciones o bien por acontecimientos exteriores". pág. 5. Por lo tanto, el temperamento es parte vital de la vida que se encuentra en el alma de todo ser humano, se revela cuando las ideas, hechos o situaciones le dan un sobresalto.

El temperamento reúne en su interior un conjunto de rasgos que hacen referencia a las características emocionales de la conducta. Para Rojas (2001)

el temperamento “es la parte heredada, aquella que tiene una relación directa con patrones de conducta hereditarios, y por tanto una raíz neurobiológica” (p.26).

El temperamento se refiere a los fenómenos característicos de la naturaleza emocional de un individuo, incluyendo su susceptibilidad a la estimulación emocional, la fuerza y la velocidad con que acostumbran a producirse las respuestas, su estado de humor preponderante y todas las peculiaridades de fluctuación e intensidad en el estado de humor, considerándose estos fenómenos como dependientes en gran parte de la estructura constitucional y predominantemente hereditaria. (Allport, 1961)

2.2.1.1. Tipos de temperamentos:

Según Lahaye (1987) el temperamento influye en todo lo que se hace, como en los hábitos de dormir, la forma en que se come y la manera en que se trata con otras personas. No hay otra cosa más poderosa que el temperamento o la combinación de temperamentos que influya tanto en la vida del hombre, ya que existen cuatro tipos de temperamentos los cuales se describen a continuación:

A. Temperamento Sanguíneo:

Esta persona es muy cálida, inteligente y le gusta disfrutar. Los sentimientos dominan más que los pensamientos en la toma de decisiones, es tan comunicativo, contagia por lo general su espíritu de amante a la diversión. Siempre está rodeado de amigos, trata muy especial a la persona que tiene enfrente cuando mantiene la mirada fija, después la desvía y hace lo mismo con la siguiente persona que encuentra.

B. Temperamento Colérico:

Es rápido, energético, practico, acalorado, voluntarioso, autosuficiente y autónomo. En sus opiniones es muy decidido, se le facilitan la toma de decisiones ya sean para él como para las otras personas. Es prospero en actividades, no requiere de estimulación por el entorno, sino que el estimula por sus planes, metas, ideas y ambiciones. Se propone objetivos en cada actividad porque tiene una mente que planifica instantáneamente proyectos que sabe que valen la pena llevarlos a cabo. No es muy sociable, ni demuestra ninguna compasión.

C. Temperamento Melancólico:

Se le considera el más rico de todos los temperamentos porque es analítico, se sacrifica por los demás, es dotado, y su estado emocional es muy sensible. Es expuesto a la introversión y debido a esto tiende a tener una variedad de sentimientos ya que en algunas ocasiones estará alegre y en otras ocasiones deprimido. Le cuesta conseguir amigos a pesar de que es fiel, es raro cuando decide conocer gente, prefiere que lo busquen.

D. Temperamento Flemático:

Es calmado, quieto, que no cambia de estado y por lo mismo casi nunca se enoja o enfada. Para tratar a esta persona es muy fácil de hacerlo ya que es el más encantador que los demás temperamentos. La vida es muy feliz porque evita involucrarse y causar problemas, por ser tan tranquila cualquier situación que se enfrente no parece agobiado o agitado. Evita la violencia y le fascina las artes y las cosas bellas y buenas de la vida.

Rothhammer (2006) Debido al comportamiento que el ser humano demuestra en momentos específicos, como cuando reacciona ante los estímulos causados por el ambiente, muchos estudiosos han definido cuatro

tipos de temperamentos como características o rasgos que hacen única y diferente a la persona ante los demás.

2.2.1.2. Modelo de Personalidad de Eysenck.

Una de las aportaciones más importantes en el terreno de la psicología de la personalidad, es sin duda, el modelo biológico de la personalidad de Eysenck. La base de la teoría se centra en la localización de un grupo de dimensiones las cuales son independientes entre sí. Estas dimensiones tienen una base biológica y genética, y perduran por un largo tiempo.

Según Eysenck, los individuos nacen con estructuras específicas a nivel cerebral, que ocasionan discrepancias en la actividad psicofisiológica, que inclinan a la persona a desarrollar diferencias en los mecanismos psicológicos, y que causan que la persona tenga un tipo específico de personalidad.

Eysenck fue el primer psicólogo en formular un paradigma que tuviera de manera simultánea un análisis descriptivo y causal de la personalidad.

Esta teoría formada por las tres dimensiones básicas; extraversión (E), neuroticismo (N) y psicoticismo (P), se basa en un enfoque biosocial, lo que implica la importancia de los factores ambientales y genéticos como determinantes de la conducta. Además, Eysenck hace uso del método hipotético-deductivo. Señala a la personalidad como una estructura hipotética con argumentos teóricos para después hacer una comprobación deductiva con estudios empíricos. También utiliza un enfoque nomotético. El enfoque nomotético afirma que para que el estudio de la personalidad llegue a ser una ciencia se debe de partir de las leyes generales de la conducta. En su parte descriptiva comprendía la estructura de la personalidad partiendo de las

conductas más específicas hasta las más generales. En la parte causal le otorgó una explicación biológica a cada dimensión de la personalidad. Todo esto se va explicar con detalle a continuación.

2.2.1.3. Estructura de la personalidad de Eysenck.

La descripción de la personalidad es la herramienta que hace posible el ingreso al análisis causal, Eysenck entendía el concepto de personalidad, y la definió como una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al ambiente. El carácter denota el sistema más o menos estable y duradero de conducta conativa (voluntad) de una persona; el temperamento, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta afectiva (emoción); el intelecto, su sistema más o menos estable y duradero de conducta cognitiva (inteligencia); el físico, su sistema más o menos estable y duradero de la configuración corporal y de la dotación neuroendocrina. (Rothhammer, 2006)

En 1947, el autor del modelo PEN (modelo que se basa en las tres dimensiones de la personalidad, Psicoticismo, Extraversión y Neuroticismo), crea la estructura de la personalidad ordenada jerárquicamente por diversos conjuntos de conductas que difieren en el grado de generalidad para la personalidad.

La concepción eysenckiana de la personalidad hace hincapié en el nivel de las dimensiones, que se definen como agrupaciones de rasgos relacionados entre sí. El establecimiento de las dimensiones se crea por la recolección de diferentes datos tales como: experimentales, constitucionales, auto-informes, datos clínicos. Las primeras investigaciones acerca de la

dimensión extroversión y neuroticismo, procedieron de un estudio de Eysenck realizado en 1944 en el que 700 pacientes con problemas neuróticos fueron valorados de acuerdo a 39 ítems seleccionados con base en la información necesaria: antecedentes familiares, la periodicidad de las quejas emitidas, peso, edad, relaciones sexuales, vida social, etc (Ibid 1997).

Posteriormente, estos ítems se intercorrelacionaron mediante el análisis factorial y se extrajeron dos factores primordiales: el primero revelaba el 14% de la varianza y fue llamado neuroticismo y el segundo fue un factor bipolar que revelaba el 12% de la varianza y fue llamado distimia-histeria. Cada factor manifestaba dos agrupaciones de síntomas, en la distimia sobresalía; la ansiedad, tendencias obsesivas compulsivas, irritabilidad y depresión, mientras que en la histeria sobresalían; síntomas de conversión, trastornos sexuales (exhibicionismo, fetichismo) y actitudes histéricas. Cuando esta investigación se repitió en individuos normales el factor bipolar fue llamado extroversión-introversión. La dimensión de extroversión-introversión establecería el tipo de alteración que los sujetos sufrirían en el caso de trastornos mentales: el distímico sería ejemplar del introvertido neurótico y el histérico del extrovertido neurótico (Pelechano 1999). Eysenck incorporó la dimensión del psicoticismo años después, aunque en la investigación de 1947 ya la venía señalando, no fue hasta 1976 que la integro formalmente.

2.2.1.4. Dimensiones de la personalidad normal: Eysenck

Eysenck inicia en la década de 1940 una de las líneas de investigación que resultarán más productivas en el campo de la personalidad: los modelos factoriales-biológicos. Sus tres dimensiones, neuroticismo, extraversión y

psicoticismo o dureza, medidas mediante el cuestionario de personalidad de Eysenck sitúan en un continuo psicométrico características psicológicas básicas para describir y diferenciar a los sujetos, que son reflejo de diferencias individuales en la actividad funcional de determinadas estructuras cerebrales. Eysenck ha estudiado extensamente tanto los correlatos conductuales y psicopatológicos como las bases biológicas de la personalidad.

La teoría de Eysenck considera a los rasgos y a las dimensiones como elementos básicos de la estructura de la personalidad. Estas variables son, esencialmente, “factores disposicionales que determinan nuestra conducta regular y persistentemente en muchos tipos de situaciones diferentes” (Eysenck y Eysenck 1985). Así pues, los rasgos representan patrones amplios de tendencias de conducta que dan consistencia y estabilidad a las acciones, las reacciones emocionales y los estilos cognitivos de las personas.

Eysenck y Eysenck(1985) determina las siguientes dimensiones:

A. Extraversión

Esta dimensión, junto con N, son las que más estudios y evidencia empírica han recibido, no sólo por parte del propio Eysenck, sino de otros investigadores basadas en la concepción que Jung tenía acerca de la extraversión y la introversión, en especial en casos de crisis neuróticas. Así, los introvertidos padecerían trastornos distímicos, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, según el DSM-IV (APA 1994) en el caso de padecer alguna neurosis, mientras que los extravertidos padecerían trastornos de tipo histérico, trastornos somatomorfos y disociativos, según el DSM-IV (APA 1994). Eysenck concebía la existencia de dos dimensiones de personalidad normal independientes, E y N, la combinación de las cuales determinaría el

tipo de trastorno neurótico. Los primeros análisis factoriales realizados, usando una muestra de soldados con trastornos neuróticos, con el propósito de verificar esta hipótesis reflejaban, efectivamente, las dos dimensiones propuestas, una que podía entenderse como E y otra como N, así como su hipotetizada independencia.

Este es el punto de partida de E, dimensión que era la responsable del tipo de trastorno que la persona sufría cuando padecía alguna crisis neurótica. Sin embargo, la descripción de E ha variado a lo largo del desarrollo de la teoría. Así, encontramos diferencias en la definición de la dimensión antes y después de 1976, año en que aparece el libro de los esposos Eysenck *“Psychoticism as a dimension of personality”*. La publicación del libro supone la presentación “oficial” (la no oficial había tenido lugar 25 años antes, aproximadamente) de la dimensión psicoticismo en su modelo. Esto supone un cambio en relación al concepto de extraversión que hace referencia al componente de impulsividad. Este rasgo, hasta entonces integrante de E junto a la sociabilidad, pasa a formar parte de la nueva dimensión P (Claridge 1981; Eysenck y Eysenck 1985). Si bien esto es admitido por el propio autor, el problema de la impulsividad es más complejo que la misma asignación a E o P, ya que la propia impulsividad no parece ser un constructor simple y unitario, sino formado por subfactores que se relacionan en mayor o menor medida con las tres dimensiones. Sin embargo, para Eysenck (Eysenck y Eysenck 1985) la impulsividad es sobre todo un rasgo de personalidad

Se afirma (Eysenck y Eysenck 1985) que, ante la incorporación de una dimensión de personalidad, y la elaboración de escalas adecuadas para su medida, es de esperar que el modelo teórico se vea afectado por ligeras

modificaciones, las cuales en todo caso no suponen un cambio sustancial en el mismo. En este sentido, la correlación entre la escala E del EPQ (antes de la incorporación de P) y la escala E del EPQ (que incorpora la escala P) es de alrededor de 0,80, lo que las hace prácticamente idénticas.

B. Neuroticismo

Como ya hemos visto, N aparece como una dimensión relacionada con la predisposición a padecer trastornos neuróticos, tanto histéricos como distímicos. Las personas con altas puntuaciones en esta dimensión son más vulnerables a los trastornos denominados tradicionalmente neuróticos, mientras que el tipo de trastorno dependerá de las puntuaciones en las otras dimensiones de la personalidad. Es decir, Eysenck intenta conjugar la personalidad normal con las neurosis clásicas, postulando un modelo de diátesis-estrés en psicopatología (Eysenck y Eysenck 1985).

2.2.1.4. Base epistemológica

La teoría de Eysenck (1990) considera que los factores biológicos juegan un papel básico en la determinación de la personalidad. La importancia dada a las bases biológicas viene avalada, siguiendo a este autor, por los resultados obtenidos en estudios transculturales en distintos países por las investigaciones sobre genética-ambiente de la personalidad, y por los estudios en animales de características de conducta que se consideran análogas a los rasgos de personalidad humanos.

2.2.2. Ansiedad.

2.2.2.1. Definición.

"La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las

reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones". (Sierra J, Ortega V, 2003, pág.1)

2.2.2.2. Etiología

Desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia, y el hipocampo y la amígdala pertenecientes al sistema límbico. El sistema serotoninérgico es importante, con la adrenalina y la dopamina juega un papel tranquilizante o lo contrario. Ciertas hormonas tienen un rol destacado en todo lo relativo al estrés y en la ansiedad. (Orozco W, Vargas M, 2012, pág.3)

La etiopatogenia de los trastornos de ansiedad constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje.

2.2.2.3. Clasificación de la ansiedad.

De acuerdo a Reyes (2009), la ansiedad se clasifica de la siguiente manera:

a. Nivel de ansiedad leve:

Se caracteriza principalmente por un estado de alerta en el que la percepción y la atención de la persona están incrementadas. Sin embargo, la persona conserva la capacidad para afrontar y resolver situaciones problemáticas. A nivel fisiológico, una ansiedad leve puede provocar insomnio y sensación de malestar y agotamiento físico.

b. Nivel de ansiedad moderada:

Provoca una disminución de la atención y de la percepción, dificultades de concentración y disminución de la capacidad para

analizar la realidad de forma objetiva. A nivel fisiológico, la ansiedad moderada se manifiesta a través de un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, pudiendo producirse además temblores y estremecimientos.

c. Nivel de ansiedad grave:

Se caracteriza principalmente por la incapacidad de la persona para concentrarse y por una percepción muy reducida de la realidad. A nivel fisiológico, la persona puede presentar taquicardia, dolor de cabeza y/o náuseas.

d. Nivel de ansiedad grave máximo:

Se caracteriza por una percepción distorsionada de la realidad, con incapacidad para comunicarse o actuar. En este nivel de ansiedad la persona es incapaz de concentrarse o aprender por sí misma, y las manifestaciones fisiológicas provocan fuertes alteraciones en el equilibrio orgánico (vómitos, agitación psicomotriz, etc.). En este nivel de ansiedad la persona pierde el control sobre sí misma y sobre el medio, necesitando ayuda profesional.

2.2.2.5. Factores que intervienen en la ansiedad durante el embarazo y parto

"La ansiedad en el embarazo es atribuible, por un lado, a la inestabilidad emocional provocada por el desajuste hormonal típico de este periodo". (Dávila, 2011, pág.6)

Las causas de ansiedad que puede sentir la mujer durante la gestación son los cambios que implica la maternidad, la preocupación por el desarrollo del recién nacido, la gran carga afectiva que comporta

el embarazo y las ganas por preparar el hogar para la llegada del recién nacido.

Dávila (2011) menciona que otros factores que intervienen en la ansiedad durante el embarazo y parto son las siguientes:

- El entorno cultural y socioeconómico.
- La personalidad y grado de madurez psicológica de la madre.
- Sus ideas sobre la feminidad y la maternidad.
- La edad.
- Sus emociones, sentimientos y vivencias durante la gestación.
- La relación entre la pareja.
- El miedo al dolor en el momento del parto.
- Preocupación de la mujer por sí misma y miedo por la vida del recién nacido.
- Paridad: las primíparas refieren menor control de la situación y menor preparación para los procedimientos obstétricos, y perciben el parto peor de lo que habían esperado; las multíparas con experiencias negativas del parto anterior expresan más miedo, y son más vulnerables durante su próximo embarazo y parto. Sin embargo, el efecto de la paridad desaparece controlando la influencia del modo del parto y los factores psicológicos relacionados: la novedad y el incremento de la ansiedad.
- Depresión durante el embarazo.
- Las experiencias obstétrico-ginecológicas previas traumáticas llevadas en los anteriores partos como: un parto instrumental, parto traumático, una cesárea urgente o un mal resultado perinatal

pueden desencadenar reacciones psicológicas negativas en el posparto e inducir miedo al parto en un embarazo posterior, incrementando el riesgo de malos resultados obstétricos y perinatales, siendo los estresores la preocupación por el bebé y los recuerdos del trabajo de parto.

- Valoración negativa del parto: bajos niveles de apoyo de la pareja y los profesionales, falta de información y escucha durante los procedimientos e intervenciones, falta de consentimiento e interacción negativa con los profesionales.

2.2.2.6. Señales de cambio durante el embarazo

Océano (2001), señala que en el transcurso del embarazo la mujer puede observar dos tipos de cambios, por un lado, los cambios de su cuerpo en relación con el desarrollo del embrión y del feto y, por otro, los cambios en las relaciones consigo misma y con los demás. Ante todo, hay que indicar que en esto cada mujer es distinta, ya sea porque su organismo es diferente, o porque lo son su historia pasada y las condiciones en que se desarrolla todo su embarazo. El embarazo es una buena ocasión para que la mujer sea protagonista en una etapa importante de su vida; la futura madre debe asumir un papel activo, como parte de un proceso. Respecto a las relaciones de la mujer durante el embarazo, a menudo se modifican los gustos y, muchas veces, hay que variar ciertas costumbres debido a los cambios físicos, que imponen ritmos de vida distintos, más relajados. Las relaciones sexuales también deben adaptarse a la nueva situación. Es importante que la futura madre lleve un control regular con su ginecólogo, que le dará información y

explica sobre estos cambios, sobre el cuidado en la alimentación, la conveniencia de llevar una vida sana y en armonía, todo lo cual va a repercutir positivamente en el futuro bebé.

2.2.2.7. Adaptación materna

Perry (1998), establece que las mujeres, desde las adolescentes hasta las que se encuentran en los cuarenta años, emplean el tiempo del embarazo para adaptarse al papel de madres. Al comienzo, parece que no sucediera nada; se pasa mucho tiempo al dormir. Se siente por primera vez el comienzo del movimiento los primeros indicios de la nueva vida en el vientre en el segundo trimestre, el tiempo y el espacio geográfico se reduce porque la mujer vuelca su atención hacia el embarazo. El embarazo representa una crisis de maduración que puede ser estresante, pero tener recompensas en la medida en que la mujer se prepara para un nuevo nivel de cuidados y responsabilidades.

Aceptación del embarazo: El primer paso en la adaptación al papel de madre es la aceptación de la idea del embarazo y la asimilación del estado de preñez dentro de la forma de vida de la mujer; más aún, si este embarazo ha sido planificado. El grado de aceptación se refleja en la disposición de la mujer para el embarazo y en sus respuestas emocionales.

Cuando los primeros síntomas de embarazo aparecen y la noticia se confirma, puede resultar la más maravillosa o la más terrible, depende de la persona, el contexto y las circunstancias. Cuando no es esperada y no provoca alegría, se está frente a un embarazo no deseado. Es decir, que no es buscado o planeado, ni querido o aceptado, que se da en un

momento desfavorable o a alguien que no tiene interés en tener un hijo. Esta salvedad viene a cuenta de que en algunos casos puede no ser buscado, pero sí aceptado e incluso deseado; en cambio en otros no es buscado, pero tampoco aceptado.

El embarazo no deseado es consecuencia de un error humano un descuido, un olvido, desconocimiento, falta de información, ignorancia, una violación o una falla en los métodos anticonceptivos. En algunos casos la mujer que se queja con frecuencia de malestares físicos puede pedir ayuda con los conflictos relacionados con el papel de madre y sus responsabilidades. En estas mujeres se indica una exploración más profunda de las medidas de afrontamiento de la realidad y de la tolerancia.

Disposición para el embarazo: Las mujeres que están preparadas para aceptar un embarazo buscan con prontitud la validación médica de su existencia ante la aparición de los primeros síntomas, pero otras pueden posponer esta validación a causa de acceso limitado a los cuidados, pudor o razones culturales. Otras consideran el embarazo como un suceso natural y no perciben la necesidad de una validación médica temprana.

La eventual aceptación del embarazo corre a la par con la creciente aceptación de la realidad de un niño. La mujer puede no gustar del hecho de estar embarazada, pero sentir amor por el niño que va a nacer. Si el bebé es deseado, las molestias asociadas con el embarazo tienden a contemplarse como hormiguillos, y las medidas que se toman para aliviarlas por lo general tienen éxito. El placer derivado de pensar en el bebé que viene en camino y una sensación de estrecha cercanía con él

ayuda a la madre a ajustarse a estas molestias. Los temores y las ansiedades pueden expresarse en los sueños.

2.2.2.8. Respuesta emocional

Las mujeres que se sienten felices y complacidas con su embarazo con frecuencia lo contemplan como un logro biológico y como parte de su plan de vida, tienen una alta autoestima y tienden a estar confiadas respecto de los resultados que van a obtener ellas sus bebés y los demás miembros de la familia. Aunque puede predominar un estado general de bienestar, en las mujeres embarazadas es común la inestabilidad emocional expresada por cambios repentinos de ánimo.

Estos cambios y este aumento de la sensibilidad hacia los demás son desconcertantes para la futura madre y para quienes la rodean. Un aumento de la irritabilidad, explosiones de ira y lágrimas, y sentimientos de enorme gozo y alegría se alternan, sin que medien causas aparentes pequeñas ni grandes. Estas alteraciones emocionales pueden responder a los profundos cambios hormonales que forman parte de la respuesta materna al embarazo, de manera similar a lo que ocurre antes de la menstruación o después de la menopausia.

Imagen corporal: Los cambios fisiológicos del embarazo llevan consigo cambios rápidos y profundos en el contorno corporal. Durante el primer trimestre con frecuencia la actitud hacia el cuerpo es positiva. Sin embargo, con el progreso del embarazo, sus sentimientos pueden hacerse más negativos. Para la mayoría de las mujeres la sensación de gustar o no gustar de su cuerpo en el estado de gestación es temporal y

no conduce a cambios importantes en la percepción que tienen de sí mismas.

Ambivalencia: La ambivalencia se define como un estado en el que existen sentimientos contradictorios simultáneos, como amor y odio por una persona, cosa o estado del ser. La ambivalencia es una respuesta normal que experimentan las personas que se preparan para sumir un nuevo papel. Incluso las mujeres que se sienten complacidas de estar embarazadas pueden experimentar alguna vez sentimientos de hostilidad hacia la gestación o hacia el niño que está por nacer. Unos sentimientos ambivalentes intensos que persisten hasta el tercer trimestre pueden indicar un conflicto no resuelto con el papel de la maternidad. Después del nacimiento de un bebé sano, sin embargo, por lo general se hacen un lado los recuerdos de estas emociones.

Relación de pareja: La persona más importante para la mujer embarazada es por lo general el padre del bebé. Las mujeres que cuentan con el apoyo de su pareja durante el embarazo tienen menos síntomas físicos y emocionales, menos complicaciones con la dilatación y el parto y una mejor adaptación en el postparto. Las mujeres expresan dos necesidades principales dentro de las relaciones de pareja sentirse amadas y hacer que el cónyuge acepte al bebé. La relación marital o de compromiso no es estática, sino que evoluciona con el paso del tiempo. El nacimiento del niño cambia para siempre la naturaleza del vínculo entre los cónyuges.

Las parejas se unen de manera más estrecha durante el embarazo y este evento tiene un efecto de maduración sobre la relación de pareja

en la medida en que sus integrantes asumen nuevos papeles y descubren aspectos desconocidos en el otro. Los cónyuges que se apoyan y confían el uno en el otro pueden compartir sus necesidades mutuas de dependencia. Las mujeres desean que su pareja tenga una participación activa en la preparación para el parto. El cónyuge puede ser una influencia estabilizadora, un escucha atento de las expresiones de duda y de temor, y una fuente de apoyo físico y emocional.

Compartir el embarazo: Océano (2001), señala que los sentimientos de la mujer hacia los embarazos y la actitud de las personas que le son más cercanas influirán, en gran medida, en su disposición para llevar dentro de sí al niño. El sentimiento de anticipación y de gozo que acompaña al embarazo está inevitablemente interrumpido por momento de incertidumbre, de dudas, de incomodidad física y cansancio. En estas circunstancias un compañero cariñoso y solidario puede hacer que todo sea diferente, que la experiencia sea positiva y se descubran aspectos nuevos de la relación de la pareja.

Tener un hijo es una cuestión, primero, del padre y de la madre y, luego, del resto de la familia. Cuanto más participe el hombre en estos primeros días, más cerca se sentirá de la madre y del niño en los años venideros y más implicados estará en su educación.

El apoyo moral y físico del hombre puede ser particularmente útil para la mujer al empezar a preparar activamente su cuerpo para el parto.

Proporcionarle masajes suaves mientras hace los ejercicios puede transformar su actividad en una experiencia compartida y placentera. Los ejercicios son una forma inestimable de mantener el bienestar físico

durante el embarazo y el parto. Alivian el estrés y la tensión y condicionan al cuerpo para que responda con mayor facilidad a las exigencias de alumbramiento.

2.2.2.9 Bases biológicas de la Ansiedad

La investigación bioquímica y farmacológica ha ido estableciendo la evidencia de que algunos trastornos de ansiedad pueden ser debidos a unos mecanismos bioquímicos particulares, con una fisiopatología determinada.

Los primeros estudios mostraron que diferentes estados de ansiedad respondían a terapias farmacológicas distintas (trastorno de pánico, a la imipramina y trastorno de ansiedad generalizada, a benzodiacepinas), lo que hizo suponer que en ambas entidades podrían estar implicados mecanismos fisiopatogénicos diferentes. El conocimiento de los mecanismos de la ansiedad se vio acelerado por el descubrimiento del complejo receptor GABA/BZ que mediatiza la acción de multitud de sustancias ansiolíticas y sedantes, por el hallazgo de los antagonistas, agonistas y agonistas parciales y por el estudio de posibles ligados endógenos.

En todo caso, los mecanismos de producción de la ansiedad no se encuentran del todo aclarados y las líneas de estudio se amplían a otros sistemas de neurotransmisión. Desarrollaremos a continuación algunos de los puntos que creemos de interés para una mejor comprensión de los aspectos bioquímicos de la ansiedad.

2.2.2.11. Teorías de la Ansiedad

Enfoque cognitivo

Sanz (1993) menciona que la premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Así, en la ansiedad, la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro, que tienen un valor obvio para la propia supervivencia, aparecen sesgadas en la dirección de una Sobreestimación del grado de peligro asociado a las situaciones y de una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento. Por otro lado, tras un suceso que supone una pérdida o un fracaso, la retirada temporal de toda involucración emocional o conductual, con la consiguiente conservación de energía, tiene un valor de supervivencia. Sin embargo, en las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o depravación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando, pues, lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta tríada resulta en una retirada persistente del entorno, una persistencia que resta todo valor adaptativo a la conducta de retirada.

Ese procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado que aparece en la ansiedad conduce a los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan tales

síndromes psicopatológicos, ese tipo de procesamiento, al igual que los demás síntomas, pueden ser el producto de muchos factores y, así, en la etiología de la depresión y de la ansiedad pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos. Cualquiera que sea la etiología, sin embargo, ese tipo de procesamiento distorsionado o sesgado es una parte intrínseca del síndrome emocional y funciona como factor de mantenimiento de los estados psicopatológicos.

Enfoque psicoanalítico

La teoría freudiana sobre la naturaleza y etiología de la ansiedad se basaba en un modelo estructural constituido por las tres instancias psíquicas denominadas “el ello, el yo y el súper yo”. La ansiedad era considerada como una reacción del yo a las fuerzas instintivas procedentes del ello que no podían ser controladas. La ansiedad fue entendida por Freud como una «señal de peligro», esto es, un peligro procedente de los impulsos reprimidos del individuo. (Belloch, 2009.)

Dentro de este enfoque, se consideran cuatro tipos de ansiedad, dependiendo de la naturaleza de las consecuencias temidas: la ansiedad del impulso o del Ello, la ansiedad de separación, la ansiedad de castración, y la ansiedad del superego. Estas variedades se ha especulado que se gestan en diferentes estadios del crecimiento y el desarrollo. La ansiedad del impulso o del Ello está relacionada con malestares difusos y primitivos de los bebés cuando se sienten abrumados por necesidades y estímulos sobre los cuales su estado de indefensión no les proporciona ningún control. La ansiedad de

separación aparece en niños más mayores, pero aún en la fase pre edípica, que temen perder el amor o incluso temen el abandono de sus padres si fracasan en el control y dirección de sus impulsos hacia las demandas y estándar de éstos. Las fantasías de castración que caracterizan la fase edípica, particularmente en relación con el desarrollo de los impulsos sexuales en el niño, se reflejan en la ansiedad de castración del adulto. La ansiedad del Superyó es el resultado directo del desarrollo final de esta instancia que marca el paso del complejo de Edipo y el inicio del período prepuberal de latencia. (Belloch, A. 2009).

Es así que esta teoría psicoanalítica refiere que la ansiedad es una reacción de peligro procedente del inconsciente, formulando 4 tipos de ansiedad que van desarrollando en las distintas etapas de vida. Estas etapas son: la ansiedad del ello que son los instintos más primitivos que se ven amenazados por control del consciente, la ansiedad de separación que es el temor al abandono o pérdida del amor por el fracaso en el control del deseo, fantasía de castración donde al término de la etapa edípica los niños reconocen sus genitales y les genera la angustia a perderlos y el de no tenerlos y la ansiedad del súper yo se siente amenazado de no poder controlar al inconsciente.

Enfoque conductista

Desde este enfoque la ansiedad será conceptualizada básicamente de dos formas: como una respuesta clásicamente condicionada y como un impulso (drive) que motiva la conducta del

organismo. Partiendo de una concepción ambientalista, y utilizando preferentemente los términos de miedo y temor, Watson y la escuela conductista en general conceptualizan la ansiedad como una respuesta conductual y fisiológica a una estimulación o situación externa al sujeto. La ansiedad será definida principalmente como un subtipo de miedo, un impulso o drive aprendido. Considerándose a la ansiedad como un impulso motivacional responsable de la capacidad del sujeto para emitir respuestas ante una estimulación. En años sucesivos, muchos autores estudian la ansiedad siguiendo los principios del condicionamiento clásico o instrumental. (Palmero, 2000).

2.2.3. Embarazo.

2.2.3.1. Fecundación

El sitio de fecundación, encuentro entre el óvulo y el espermatozoide, es en el tercio distal de las trompas. El óvulo una vez fecundado empieza sufrir divisiones dentro de las trompas hasta producirse la implantación en el útero donde permanecerá los nueve meses del embarazo. El feto se aloja durante el embarazo en el útero o matriz para el crecimiento”.

Es el proceso mediante el cual el feto crece y se desarrolla en el interior del útero; este período, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se inicia cuando termina la implantación, es decir cuando el embrión se adhiere a la pared del útero, y finaliza con el parto.

2.2.3.2. Trimestres del embarazo

Primer trimestre:

Inicia desde la primera semana hasta la doceava semana. La mayoría de las mujeres experimentan algunos de estos cambios físicos durante el primer trimestre como: ausencia de períodos menstruales, sensibilidad en los senos, náuseas y vómitos, frecuencia urinaria, indigestión, fatiga, leve aumento de peso, cansancio y sueño. Durante el primer trimestre el embrión, que comenzó como un pequeño grupo de células, se convierte en un feto y desarrolla todos los órganos y sistemas principales (Papalia y Wendkos, 2000).

Segundo trimestre:

Abarca desde la semana 13 hasta la semana 28. En ese período, la madre comienza a descubrir el crecimiento de su abdomen, a percibir movimientos del bebé, puede tener contracciones que son normales, fisiológicas y aisladas, especialmente cuando hace actividad física o padece de estrés laboral o social. Las náuseas y fatiga disminuyen, se siente el feto en movimiento y se vuelve más consciente de su desarrollo (De la Cruz, 2015).

Tercer trimestre:

Es el último periodo del embarazo que va desde la semana veinte y nueve hasta la semana cuarenta. Durante este trimestre, muchas mujeres experimentan una explosión de energía y comienzan a prepararse para la llegada del niño. Es posible que el dolor tienda a ser más incómodo y a experimentar algunas molestias como: dolores

en la espalda y calambres en las piernas, micción frecuente, contracciones (De la Cruz, 2015).

2.2.2.3. Cambios Fisiológicos

El primer cambio que presentará la gestante es la ausencia de menstruación. Las náuseas y los vómitos son frecuentes en el primer trimestre, normalmente más intensos por las mañanas, pero en algunas mujeres pueden aparecer por las tardes. Estas náuseas suelen mantenerse hasta las 12-13 semanas de embarazo, y en un porcentaje menor de gestantes hasta las 16 semanas durante todo el embarazo. El útero aumenta de tamaño de forma gradual y al final del primer trimestre alcanza la sínfisis púbica, este crecimiento uterino puede producir molestias en el bajo vientre o sensación de pinchazos. El crecimiento del útero comporta su presión sobre la vejiga urinaria, por lo que se produce un aumento en la frecuencia miccional.

El desarrollo prenatal ocurre en tres etapas; germinal, embrionaria y fetal.

- **Fase germinal:** Esta tiene una duración aproximada de catorce días, después del momento de la fecundación, la división que aquí comienza continuara hasta alcanzar los ochocientos millones de células de que consta el cuerpo humano adulto.
- **Fase Embrionaria:** Abarca desde la semana 2 hasta las semanas 8 o 12. Durante esta etapa se desarrollan los órganos y los sistemas respiratorio, digestivo y nervioso. Debido a la rapidez del desarrollo, esta etapa es un periodo

crítico en que el embrión es más vulnerable a las influencias del ambiente prenatal.

- **Fase Fetal:** Se inicia hacia las ocho semanas de vida y la delimitación podría ser la aparición de las primeras células óseas. Durante el tercer mes es capaz de tener reacciones como mover las piernas, pies, pulgares y cabeza. Así mismo pueda abrir, tragar y cerrar la boca. Ante estos estímulos concretos adopta conductas reflejas que están presentes al nacer pero que irán desapareciendo en transcurso de los primeros meses.

2.2.3.4. Cambios psicológicos

Durante el embarazo la producción de hormonas se eleva, no es una hormona si muchas más, que se elevan o disminuyen su producción ocasionando cambios físicos y emocionales en la mujer gestante.

En los tres trimestres que se divide el embarazo puede establecerse una serie de cambios emocionales, sin grandes distinciones tales como: miedo, alegría, tristeza, ansiedad, tranquilidad, incertidumbre, dudas y sentimientos de culpa. Cuando el nivel emocional se acumula y alcanza niveles excesivos, puede ser perjudicial para la mujer gestante.

Durante las primeras semanas de gestación, la madre puede presentar junto con sentimientos de alegría y satisfacción, ansiedad derivada de la necesidad de adaptarse a una nueva situación. Aparece temor frente a la responsabilidad que implica la crianza de su hijo,

dudando de sus propias capacidades. Durante el primer trimestre, se desarrolla el proceso de identificación, en el cual el embarazo es percibido como parte integral de ella, disfrutando de este contacto consigo misma. En una segunda etapa, los movimientos fetales demuestran su naturaleza separada de la madre, ocurriendo un proceso de familiarización de la madre con su hijo, disminuyendo en ella la ansiedad de lo desconocido. En las últimas semanas de gestación, la mayoría experimenta impaciencia de diferente magnitud, deseando que ocurra el parto lo más pronto posible. Expresan incomodidad en su estado físico, dificultad para dormir, para movilizarse, y exacerbación de síntomas como pirosis, regurgitación y sensación de presión en hipogastrio. Ansían tener a su recién nacido en sus brazos, de manera real y no de forma imaginaria.

Algunas pueden sentir angustia, manifestada por temor a que ocurra algún evento negativo, de diversa índole y/o magnitud, que ponga en riesgo la salud y bienestar de su hijo.

La mayoría de las mujeres en este período muestran necesidad de afecto y seguridad. Necesitan confiar en la capacidad técnica de los profesionales que las atienden y sentir interés hacia ella como persona y por su hijo en desarrollo. Requieren de atención personalizada, aprobando y reconociendo su comportamiento en relación con el embarazo, haciéndola sentir que sus dudas, temores, síntomas tienen una explicación razonable y no menospreciando o minimizando sus molestias. Al satisfacer estas necesidades, el especialista va

adquiriendo progresivamente la confianza de la paciente, mejorando la seguridad en ella misma y generando una interacción óptima.

2.2.2.5. Ansiedad durante el embarazo

Para Papalia y Wendkos (2000) la ansiedad en el embarazo es atribuible, por un lado, a la inestabilidad emocional provocada por el desajuste hormonal típico de este periodo. (Las causas de ansiedad que puede sentir la mujer durante la gestación son los cambios que implica la maternidad, la preocupación por el desarrollo del recién nacido, la gran carga afectiva que comporta el embarazo y las ganas por preparar el hogar para la llegada del recién nacido. Otros factores que intervienen en la ansiedad durante el embarazo son las siguientes:

- El entorno cultural y socioeconómico.
- La personalidad y grado de madurez psicológica de la madre.
- Sus ideas sobre la feminidad y la maternidad.
- La edad
- Sus emociones, sentimientos y vivencias durante la gestación.
- La relación entre la pareja.
- El miedo al dolor en el momento del parto.
- Preocupación de la mujer por sí misma y miedo por la vida del recién nacido
- Paridad: las primíparas refieren menor control de la situación y menor preparación para los procedimientos obstétricos, y perciben el parto peor de lo que habían esperado; las multíparas con experiencias negativas del parto anterior expresan más miedo, y son más vulnerables durante su

próximo embarazo y parto. Sin embargo, el efecto de la paridad desaparece controlando la influencia del modo del parto y los factores psicológicos relacionados: la novedad y el incremento de la ansiedad.

- Depresión durante el embarazo.
- Las experiencias obstétrico-ginecológicas previas traumáticas llevadas en los anteriores partos como: un parto instrumental, parto traumático, una cesárea urgente o un mal resultado perinatal pueden desencadenar reacciones psicológicas negativas en el posparto e inducir miedo al parto en un embarazo posterior, incrementando el riesgo de malos resultados obstétricos y perinatales, siendo los estresores la preocupación por el bebé y los recuerdos del trabajo de parto.

2.3. Definiciones conceptuales

2.3.1. Temperamento

El temperamento es la tendencia innata, propia de un individuo, a reaccionar con un cierto estilo ante los estímulos del ambiente. Se trata de un modo espontáneo y natural de reaccionar, no aprendido, ni inducido por el ambiente o la educación. Es la simple manifestación de las disposiciones psíquicas (básicamente, de índole afectiva, instintiva y tendencia), condicionadas por las constituciones orgánicas peculiares del individuo. Por eso el temperamento se observa mejor en niños y animales.

2.3.2 Ansiedad

Es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de

ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones

2.3.3 Gestación

Son los 9 meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer y es para la mayoría de la mujer un periodo de gran felicidad (OMS, 2016)

2.3.4 Hospital

Establecimiento destinado a proporcionar todo tipo de asistencia médica, incluidas operaciones quirúrgicas y estancia durante la recuperación o tratamiento, y en el que también se practican la investigación y la enseñanza médica.

2.5. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis General

Hi: Existe relación significativa entre el temperamento y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.

Ho: No existe relación significativa entre el temperamento y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.

2.4.2. Hipótesis Específicos

Hi₁: Existe relación significativa entre el temperamento melancólico y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.

Ho₁: No existe relación significativa entre el temperamento melancólico y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.

Hi₂: Existe relación significativa entre el temperamento colérico y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.

Ho₂: No existe relación significativa entre el temperamento colérico y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.

Hi₃: Existe relación significativa entre el temperamento sanguíneo y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.

Ho₃: No existe relación significativa entre el temperamento sanguíneo y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.

Hi₄: Existe relación significativa entre el temperamento flemático y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.

Ho₄: No existe relación significativa entre el temperamento flemático y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.

2.5. Variables

2.5.1. Variable 1: Temperamento

Temperamento es la tendencia innata, propia de un individuo, a reaccionar con un cierto estilo ante los estímulos del ambiente

En la investigación el temperamento, será medida a través del Inventario de Personalidad – Eysenck forma B.

2.5.2. Variable 2: Ansiedad

Es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie.

En la investigación el temperamento, será medida a través de la Escala de Ansiedad de Hamilton.

2.5.3 Variable interviniente

- Edad
- Sexo
- Grado
- Estado civil
- Número de hijos

2.7. Operacionalización de variables (dimensiones e indicadores)

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Tipo	Escala
Variable 1 Temperamento	<p>Temperamento es la tendencia innata, propia de un individuo, a reaccionar con un cierto estilo ante los estímulos del ambiente</p> <p>Será evaluado a través de las respuestas de las gestantes a las preguntas del Inventario de Personalidad – Eysenck forma B.</p>	Melancólico	Cualitativa	Nominal politómica
		Sanguineo		
		Flemático		
		Colérico		
Variable 2 Ansiedad	<p>Es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie (Sierra, 2003).</p> <p>En la investigación el temperamento, será medido a través de la Escala De Automedición De Ansiedad (EAA).</p> <p>Los cuales presenta los niveles: No hay ansiedad, ansiedad Leve, ansiedad moderada y ansiedad severa</p>	Afectiva	Cualitativa	Ordinal politómica
		Somática		

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.2. Tipo de investigación

Según Hernández, Fernández, y Baptista (2010, p.149) y por el tipo de intervención del investigador, el estudio desarrollado fue no experimental, debido a que para dicho estudio no se realizó la manipulación deliberada de las variables, por el contrario, se observó una situación ya existente y se hizo uso de métodos estadísticos.

Para Fonseca (2014) según la cantidad de mediciones de la variable de estudio es transversal, porque los instrumentos se aplicarán a la muestra en un solo momento y las variables se medirán una sola vez.

3.1.1. Enfoque

El enfoque del estudio pertenece al de tipo cuantitativo, debido a que en el presente estudio no se realizará la manipulación deliberada de las variables, por el contrario, se observará una situación ya existente y se hará uso de métodos estadísticos pues se encuentra fundamentado en la medición del temperamento y el nivel de ansiedad de las gestantes, sustentándose en el uso de fórmulas matemáticas y estadísticas (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2010, p.149).

3.1.2. Alcance o nivel

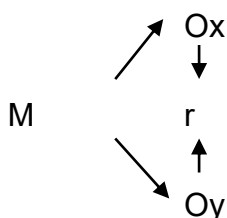
El presente estudio pertenece al nivel relacional, pues su finalidad es recolectar datos y analizar la relación que existe entre las variables funcionamiento familiar y la inteligencia emocional de la muestra considerada en el presente estudio de investigación (Fonseca, 2014)

3.1. Diseño de investigación

Diseño descriptivo-correlacional

Según Sánchez y Reyes (2009) este tipo de investigación no solo mide las variables individuales, sino evalúan el grado de relación entre las dos variables. En la presente investigación se busca determinar la relación existente entre el temperamento y niveles de ansiedad.

Representación simbólica y leyenda



Dónde:

M = Muestra de adolescentes.

O_x= Evaluación del temperamento

O_y= Evaluación de la ansiedad

r = Correlación entre dichas variables.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

Según Tamayo (2012) señala que la población es la totalidad de un fenómeno de estudio, incluye la totalidad de unidades de análisis que integran dicho fenómeno y que debe cuantificarse para un determinado estudio integrando un conjunto N de entidades que participan de una

determinada característica, y se le denomina la población por constituir la totalidad del fenómeno adscrito a una investigación.

La población está conformada por 97 gestantes que ingresaron desde el mes de enero a junio del presente año, al Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.

3.3.2. Muestra

3.3.2.1. Tipo de muestreo

Probabilístico –muestreo aleatorio simple.

Es aquel en que cada elemento de análisis de la población tiene la misma probabilidad de ser seleccionado para integrar la muestra, considerando un marco poblacional, en el que se asigna un número a cada elemento de la población (Fonseca, 2014)

3.3.2.2. Tamaño de muestra

El tamaño de la muestra fue calculado con un coeficiente de confianza al 95%, y con un error del 5%. Para ello se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo

Z = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{97 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(97 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 78$$

La muestra entonces estará conformada por 78 gestantes.

Criterios de inclusión

- Gestantes con disposición para participar de la investigación (previa firma del consentimiento informado).
- Gestantes que asisten con regularidad a sus controles.
- Gestantes mayores de 18 años, hasta los 50 años.
- Gestantes casada, soltera, divorciadas y convivientes.

Criterios de exclusión

- Gestantes que no quieren participar de la investigación y no se cuenten con consentimiento informado del padre.
- Gestantes que no asisten con regularidad a sus controles.
- Gestantes menores de 18 años.

3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos

3.4.1. Inventario De Personalidad – Eysenck Forma B, para adultos (EPI).

Ficha Técnica:

- **Nombre** : Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI),
Forma B
- **Autores** : Hans Jürgen Eysenck Sybil Blanca Eysenck.
- **Tiempo** : Variable entre 30 minutos.
- **Aplicación** : Individual y colectiva.

- **Procedencia** : Universidad de Londres. Inglaterra.
- **Número de ítems**: Consta de 57 ítems.
- **Adaptación peruana**: Anicama 1979, adaptación a la población 2017.
- **Grupo de aplicación**: Desde los 16 años hacia delante.
- **Objetivo** :Evaluar de manera indirecta los temperamentos de la personalidad, de las cuales se obtiene cuatro temperamentos: melancólico, colérico, flemático, sanguíneo.

Características del inventario:

- Esta prueba está estructurada de tipo verbal – escrita y con respuestas dicotómicas.
- Emplea la técnica de la elección forzada: (SI - NO)
- Consta de 57 ítems:
 - “L” 9 ítems: Verdad (escala de mentiras)
 - “E” 24 ítems: Introversión – Extroversión.
 - “N” 24 ítems: Estabilidad – Inestabilidad
- Los ítems están intercalados sin ningún orden especial en el cuestionario.

Clave de calificación:

De cada una de las respuestas posibles SI o NO califique solo una, cada ítem califica solo una dimensión. La clave le damos poniendo el número del ítem, la respuesta que da un punto y la dimensión que mide.

Validez:

La validez fue determinada a través de la prueba de homogeneidad con la T de student. Fueron 30 los psicólogos que se desempeñaron como jueces, quienes proporcionaron juicios para 110 sujetos, aproximadamente. Los coeficientes de correlación fueron los siguientes: 4.51 en la escala Extraversión, 4.02 en la escala de Neuroticismo y 1.96 en la escala Mentira. Existe una relación altamente significativa entre el criterio del juez y el puntaje obtenido por el sujeto en el test. De igual modo, se emplea la validez por el método de validez clínica en grupos nominados, para ello, 8 personas, entre psicólogos y psiquiatras, se desempeñaron como jueces. Los coeficientes de correlación que se obtuvieron para distímicos e histéricos-psicopáticos en las escalas Extraversión y Neuroticismo son 6.57 y 0.37 respectivamente. Existe una relación altamente significativa entre el diagnóstico clínico de psicólogos y psiquiatras con los puntajes obtenidos en ambas escalas del test por los sujetos de experimentación

Confiabilidad:

El autor aplicó confiabilidad test-retest a un grupo de 100 sujetos, formado por estudiantes del último año de secundaria de Lima, estudiantes universitarios y población obrera de la misma ciudad. Todos fueron seleccionados al azar, de ambos sexos y de edades diversas. El tiempo transcurrido entre el test y el retest fue de 8 meses aproximadamente; siendo los coeficientes .71 en la escala de N, .68 en la escala E y .61 en la escala L, con $p < .05$

3.4.2. Escala de automedición de ansiedad (EAA)

La Escala de Autovaloración de la Ansiedad de William Zung y Zung, también conocido como Escala de Ansiedad de Zung; el mismo que

establece un marco de referencia de las conductas ansiosas, basado en un cuestionario de 20 frases o relatos referidos por el paciente a manifestaciones de características de ansiedad como signos significativos en relación a trastornos emocionales.

La Escala de Ansiedad de Zung consiste en un cuestionario de 20 frases, informes o relatos. Cada uno de los cuales se refieren a un síntoma o signo característico de la ansiedad.

En conjunto las 20 frases abarcan síntomas de ansiedad, como expresión de trastornos emocionales y se presenta en una ficha con cuatro columnas de elección tituladas:

Así mismo se observa que en el lado izquierdo de la tabla de evaluación, comprende cuatro columnas en blanco encabezado por las respuestas: "Nunca o Raras veces", "Algunas veces", "Buen número de veces" y "La mayoría de las veces".

La aplicación puede ser individual o colectiva.

3.5. Tratamiento y procesamiento de datos

Para el análisis descriptivo de las variables de estudio será a través de las tablas de frecuencia gráficas, medidas de tendencia central y dispersión con el objetivo de conocer el comportamiento de dicha variable. En el análisis inferencial, para medir la significancia estadística para la contrastación de hipótesis se utilizará la prueba estadística chi cuadrado (χ^2), con la finalidad de ver la relación existente entre las dos variables, a través del paquete estadístico SPSS versión 23.

CAPITULO IV

RESULTADOS

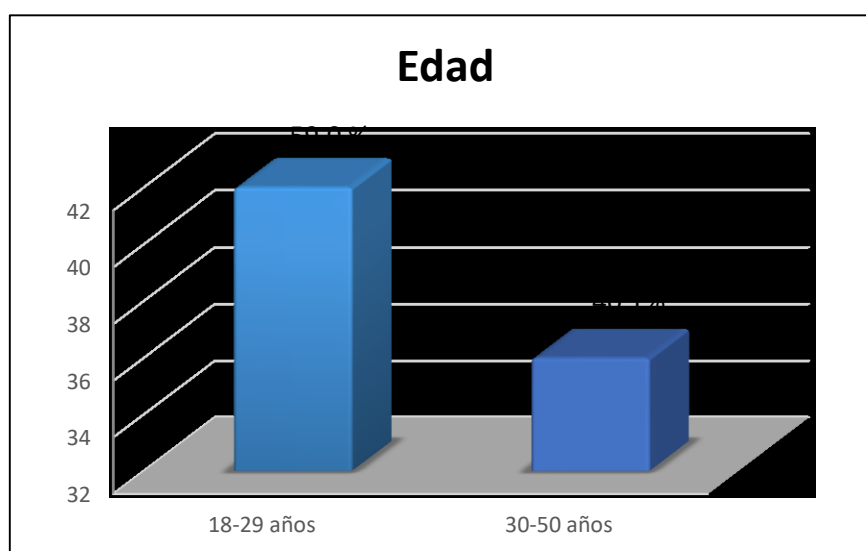
4.1. Presentación de datos

Tabla N°1: Edad de las gestantes del Hospital Roman Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019

Edad	Fi	%	Media	Mediana	Moda
18-29 años	42	59,0	28,02	28	18
30-50 años	36	40,1			
Total	78	100			

Fuente: Formato de recolección de información general (autora).

Gráfico N°1: Edad de las gestantes del Hospital Roman Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019



Fuente: Formato de recolección de información general (autora).

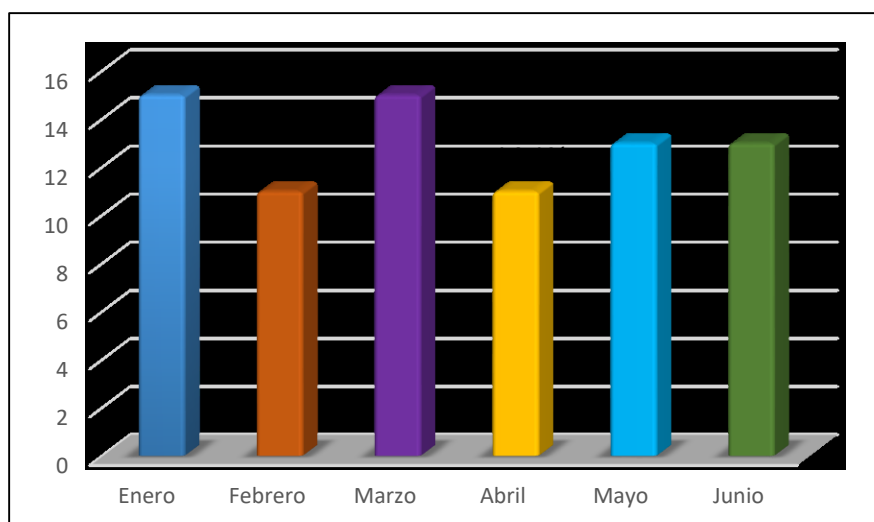
En la tabla N° 01 y Grafico N° 01, Se evidencia que el promedio de edad de las gestantes es de 28; el valor que más se repite es la edad de 18 años. Un mayor porcentaje de las gestantes con 42 (59,0 %) están en el grupo edad de 18-29 años, y en menor porcentaje 36 (40,1%) están entra la edad de 30 a 50 años.

Tabla N° 2: Número de gestantes atendidas según mes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019

Mes	Fi	%
Enero	15	19,2
Febrero	11	14,1
Marzo	15	19,2
Abril	11	14,1
Mayo	13	16,7
Junio	13	16,7
Total	78	100

Fuente: Formato de recolección de información general (autora).

Gráfico N°2: Número de gestantes atendidas según mes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019



Fuente: Formato de recolección de información general (autora).

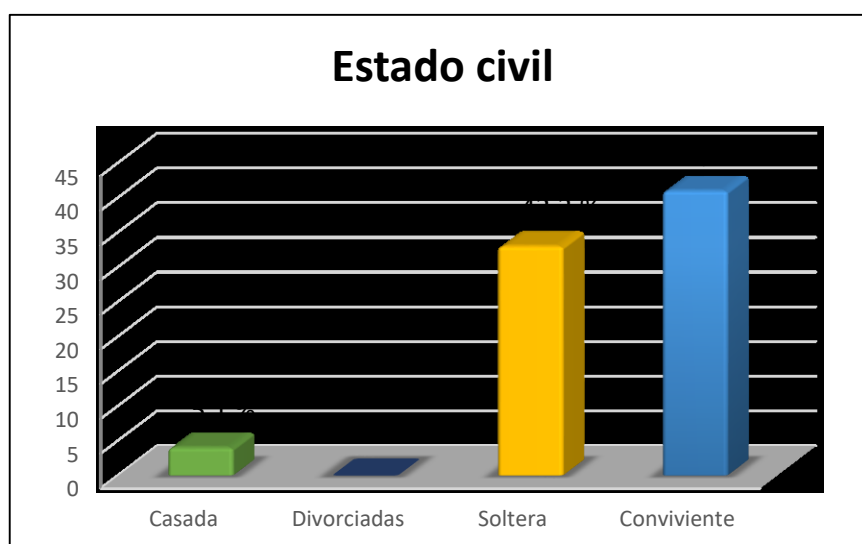
En la tabla N° 02 y gráfico N° 02, se muestra según el número de gestantes atendidas por mes, donde del total de evaluados (78) se encontró que el 19,2 % (15) gestantes ingresaron en el mes de enero y marzo, el 16,7 % (13) gestantes ingresaron en el mes de mayo y junio y en menor porcentaje con un 14,1 % (11) gestantes en el mes de febrero y abril.

Tabla N°3: Estado civil de las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando
Villa Rica, Pasco – 2019

Estado civil	Fi	%
Casada	4	5,1
Divorciadas	0	0,0
Soltera	33	42,3
Conviviente	41	52,6
Total	78	100

Fuente: Formato de recolección de información general (autora).

Gráfico N°3: Estado civil de las gestantes del Hospital Román Egoavil
Pando Villa Rica, Pasco – 2019



Formato de recolección de información general (autora).

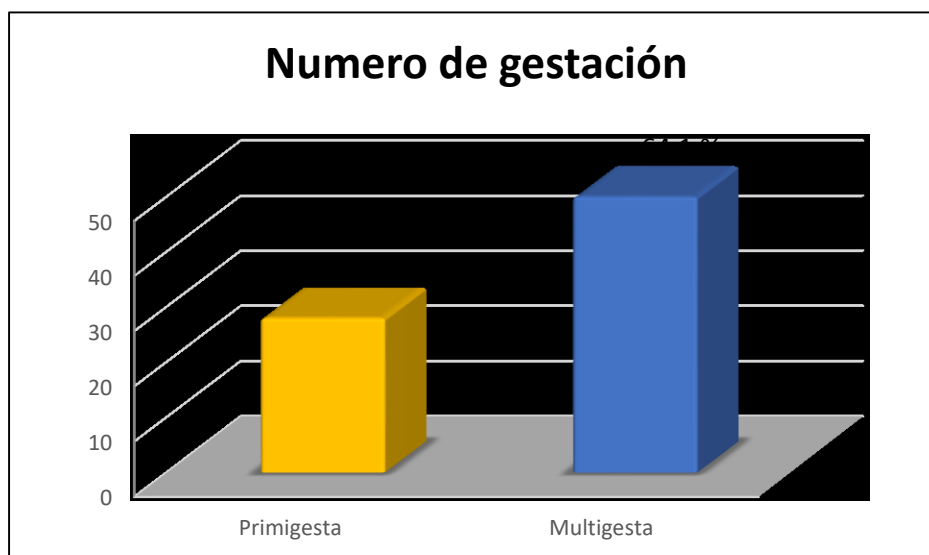
En la tabla N° 03 y gráfico N° 03, se muestra a las gestantes por estado civil, donde del total de evaluados (78) se encontró que el mayor porcentaje 52,6% (41) gestantes son convivientes, seguido del 42,3% (33) gestantes son madres solteras y porcentajes menores el 5,1 % (4) de las gestantes son casadas y en 0 % divorciadas.

Tabla N°4: Número de gestación de las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019

Numero de Gestación	Fi	%
Primigesta	28	35,9
Multigesta	50	64,1
Total	78	100

Fuente: Formato de recolección de información general (autora).

Gráfico N°4: Número de gestación de las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019



Formato de recolección de información general (autora).

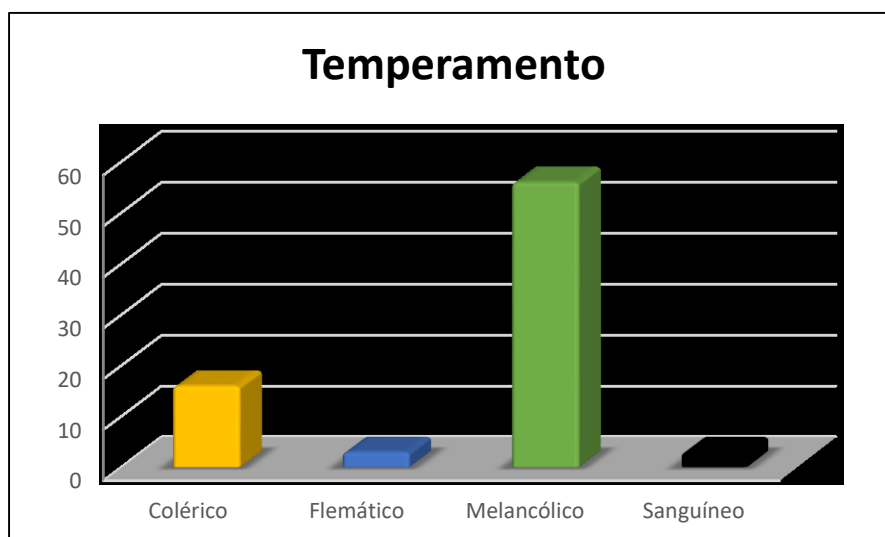
En la tabla N° 04 y gráfico N° 04, en relación al número de gestaciones, se pudo evidenciar que un 64.1% (50) de las participantes son multigestas; seguido de un 35,9% (28) son primigesta, es decir van a ser madres por primera vez.

Tabla N°5: Tipo de temperamento de las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019

Temperamento	Frecuencia	%
Colérico	16	20,5
Flemático	3	3,8
Melancólico	56	71,8
Sanguíneo	3	3,8
Total	78	100

Fuente: Inventario de personalidad – Eysenck forma B para adultos (EPQ)

Gráfico N°5: Tipo de temperamento de las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019



Fuente: Inventario de personalidad – Eysenck forma B para adultos (EPQ)

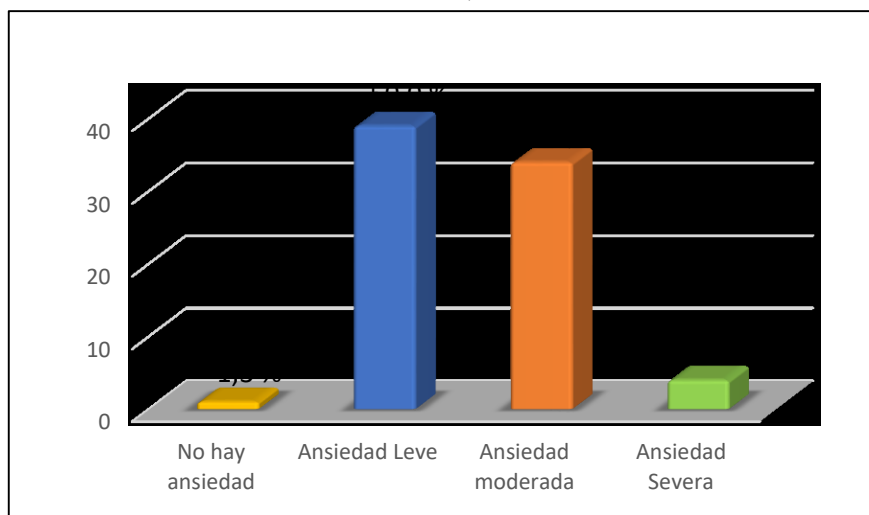
En la tabla N° 05 y gráfico N° 05, en relacional tipo de temperamento que presentan las gestantes investigadas, se pudo evidenciar un mayor porcentaje con 71,8% (56) de las gestantes tienen un temperamento melancólico; seguido de un 20,5% (16) con temperamento colérico. Así mismo en porcentajes menores se obtuvo un 3,8% (3) presentan un temperamento flemático y sanguíneo.

Tabla N°6: Nivel de ansiedad de las gestantes del Hospital Román Egoavil
Pando Villa Rica, Pasco – 2019

Nivel de ansiedad	Frecuencia	%
No hay ansiedad	1	1,3
Ansiedad Leve	39	50,0
Ansiedad moderada	34	43,6
Ansiedad Severa	4	5,1
Total	158	100

Fuente: Escala de ansiedad de Zung-EAA

Gráfico N°6: Nivel de ansiedad de las gestantes del Hospital Román Egoavil
Pando Villa Rica, Pasco – 2019



Fuente: Escala de ansiedad de Zung-EAA

En la tabla N° 06 y gráfico N° 06, en relación al tipo nivel de ansiedad que presentan las gestantes investigadas, se pudo evidenciar un mayor porcentaje con 50,0% (39) de las gestantes tienen una ansiedad leve; seguido de un 43,6% (34) quienes presentan una ansiedad moderada. Así mismo en porcentajes menores se obtuvo un 5,1% (4) gestantes presentan una ansiedad severa, seguida de un 1,3% (1) gestantes no presentan ansiedad.

4.2. Contrastación y prueba de hipótesis

Hipótesis general

Hi: Existe relación significativa entre el temperamento y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.

Ho: No existe relación significativa entre el temperamento y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.

Tabla N° 7: Relación entre Temperamento y Nivel de ansiedad de las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019

Temperamento	Ansiedad								Total	X²	p	gl.	
	No hay ansiedad		Ansiedad Leve		Ansiedad moderada		Ansiedad Severa						
	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%			
Colérico	0	0,0	8	10,3	8	10,3	0	0,0	16	20,5	8,400	0,04	9
Flemático	0	0,0	0	0,0	2	2,6	1	1,3	3	3,8			
Melancólico	1	1,3	29	37,2	23	29,5	3	3,8	56	71,8			
Sanguíneo	0	0,0	2	2,6	1	1,3	0	0,0	3	3,8			
Total	1	1,3	39	50,0	34	43,6	4	5,1	78	100			

Fuente: Inventario de personalidad – Eysenck forma B para adultos (EPQ) y Escala de ansiedad de Zung-EAA

En la tabla N° 07, al analizar la relación entre el temperamento y el nivel de ansiedad, se obtuvo un valor Chi cuadrado $X^2=8,400$, con 9 grados de libertad y $p=0,04$; estos resultados nos indica que se rechaza la hipótesis nula.

Por lo tanto, existe relación estadísticamente significativa entre el temperamento y el nivel de ansiedad de las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Alrededor del 3-17% de las mujeres sufre de alteraciones mentales durante el embarazo, como ansiedad y depresión. Ambas condiciones pueden tener efectos negativos en la vida social y personal de las mujeres, en la relación matrimonial e interacción madre-niño. Algunas investigaciones han demostrado que la depresión durante el embarazo constituye un factor de riesgo para resultados adversos como el parto pre término y la depresión posparto. Por otro lado, los trastornos de ansiedad durante el embarazo han recibido menos atención en la investigación de la población (Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I., 2005)

La presente investigación ha tenido como determinar la relación entre temperamento y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019., se contó con una muestra de 78 gestantes adultas quienes contaban con los criterios de inclusión planteados. Se les aplicó Inventario de personalidad – Eysenck forma B para adultos (EPQ) y Escala de ansiedad de Zung-EAA.

En los resultados se encontró en cuanto al temperamento que presentan las gestantes investigadas, se pudo evidenciar un mayor porcentaje con 71,8% (56) de la gestantes tienen un temperamento melancólico, el cual se caracteriza por su estado emocional muy sensible, la introversión, con una variedad de sentimientos ya que en algunas ocasiones estará alegre y en otras ocasiones deprimido, seguido de un 20,5% (16) con temperamento colérico, caracterizado por ser enérgica, practica, en sus opiniones es muy

decidida, no requiere de estimulación por el entorno sino que el estimula por sus planes, metas, ideas y ambiciones.

Con respecto al nivel de ansiedad que presentan las gestantes investigadas, se pudo evidenciar un mayor porcentaje con 50,0% (39) de las gestantes tienen una ansiedad leve, donde la principal característica es un estado de alerta en el que la percepción y la atención de las gestantes están incrementadas. Sin embargo, conservan la capacidad para afrontar y resolver situaciones problemáticas. A nivel fisiológico, esta ansiedad leve puede provocar insomnio y sensación de malestar y agotamiento físico. Seguido de un 43,6% (34) quienes presentan una ansiedad moderada, caracterizada por una disminución de la atención y de la percepción, dificultades de concentración y disminución de la capacidad para analizar la realidad de forma objetiva. A nivel fisiológico, la ansiedad moderada se manifiesta a través de un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, pudiendo producirse además temblores y estremecimientos. (Reyes, 2009). Estos resultados son similares a los encontrados por Torres y Guevara (2018) quien encontró que un 22,7% de las gestantes presentan un nivel promedio de ansiedad y el 1,7% con un nivel alto.

Así mismo es preciso mencionar según lo investigado por Ríos (2016) encontraron que en su mayoría con un 60 % las adolescentes embarazadas presentan una ansiedad marcada estos resultados distan de lo encontrado en nuestra investigación donde se encontró que la mayoría de las gestantes tienen una ansiedad leve, Analizando los datos se encontró que los niveles de ansiedad en gestantes adolescentes son mayores en comparación con las gestantes adultas, estas diferencias son sustentadas porque hoy en día los

programas de atención a la gestante del Ministerio de Salud (MINSA), tales como el control prenatal obstétrico, si bien cuenta con cursos de apoyo en psicoprofilaxis, estos están dirigidos principalmente a la gestante adulta y en las adolescentes gestantes se han tomado muy poco en cuenta el estado psicológico y no existen estrategias para abordar a las adolescentes en cuanto a necesidades de este tipo.

En cuanto al estado civil se encontró que el 52,6% son gestantes convivientes y el 42,3% son gestantes solteras. Similar a lo encontrado por Torres y Guevara (2018) quien encontró que el 81,8% son gestantes convivientes y el 40,0% son gestantes solteras.

En relación al número de gestaciones, se pudo evidenciar que un 64.1% (50) de las participantes son multigestas; seguido de un 35,9% (28) son primigesta, es decir van a ser madres por primera vez. Torres y Guevara (2018) en su investigación menciona que las multigestas mostraron nivel promedio (65,6%) de ansiedad y el 80,6% son primigestas con ansiedad estado alto. Similares a lo encontrado por Ontiveros y López (2010), quienes concluyeron que las madres primigestas obtuvieron un alto nivel de ansiedad. Esto posiblemente a no adaptación psicosocial que tienen las madres primerizas.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- En cuanto a la edad, donde del total de gestantes (78) se encontró que 59,0 % están en el grupo edad de 18-29 años, y en menor porcentaje 40,1% están entra la edad de 30 a 50 años.
- Según el estado civil de las gestantes, donde del total de evaluados (78) se encontró que el mayor porcentaje 52,6% (41) gestantes son convivientes, seguido del 42.3% (33) gestantes son madres solteras y en menor porcentaje el 5,1 % (4) de las gestantes son casadas.
- En relación al número de gestaciones, se pudo evidenciar que un 64.1% (50) de las participantes son multigestas; seguido de un 35,9% (28) son primigesta, es decir serán madres por primera vez.
- En cuanto al temperamento que presentan las gestantes investigadas, se pudo evidenciar un mayor porcentaje con 71,8% (56) de las gestantes tienen un temperamento melancólico; seguido de un 20,5% (16) con temperamento colérico.
- En relación al nivel de ansiedad que presentan las gestantes investigadas, se pudo evidenciar un mayor porcentaje con 50,0% (39) de las gestantes tienen una ansiedad leve; seguido de un 43,6% (34) quienes presentan una ansiedad moderada. Así mismo en porcentajes menores se obtuvo un 5,1% (4) gestantes presentan una ansiedad severa, seguida de un 1,3% (1) gestantes no presentan ansiedad.
- Finalmente, existe relación entre el temperamento y el nivel de ansiedad, ya que se obtuvo un valor Chi cuadrado $X^2=8,400$ y un valor $P=0,04$.

RECOMENDACIONES

Luego de realizado el presente estudio de investigación, se sugiere lo siguiente:

Al Centro de Salud

- Trabajo en equipo con los diferentes profesionales de medicina, obstetricia, odontología, etc., hacer un seguimiento por estas diferentes áreas para las gestantes.
- En el área de psicología dar mayor énfasis a la salud mental de las gestantes con el fin de prevenir ansiedad durante la gestación y después del parto.
- Que el ministerio de salud implemente un programa de vigilancia epidemiológica acerca de la salud mental de las mujeres embarazadas.
- Capacitar al personal de salud que trabaja con las gestantes en temas de salud mental con el objetivo de reconocer los síntomas y así mismo derivadas al área de salud mental.
- Promover charlas, sensibilización y talleres de sesiones preventivas de salud reproductiva, planificación familiar y salud mental dirigidas a gestantes adolescentes y adultas.

A la Universidad

- Incentivar y promover en los estudiantes la realizaciones de investigaciones referente a estos temas u otros.
- Buscar convenios con centros de salud para que los estudiantes de las carreras de salud lleven a cabo prácticas pre profesionales desde los primeros ciclos, por medio de talleres y charlas preventivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Belloch, A. Sandín, B. y Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología Vol. II. (Ed. revisada)*. España: MCGRAW - HILL/interamericana, S.A.U.
- Benavides y Tarrillo (2016), realizaron una investigación denominada "*calidad de vida y autoestima en gestantes. centro de salud José Olaya de Chiclayo. julio – agosto, 2016*". (tesis de pregrado), Universidad privada Juan Mejía Baca. En Chiclayo.
- Bernazzani, O., Saucier, J.F., David, H. y Borgeat, F. (1997): Factores psicosociales relacionados con trastornos emocionales durante el embarazo. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (4), 391-402
- Brazelton, T.B. (2001). *Momentos clave en la vida de tu hijo*. Barcelona: Plaza &Janés
- Brazelton, T.B. y Cramer, B.G. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós
- Dávila, G. R. (2011). *Efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz*. *Revista Perú Pediatría*. Lima. Volumen (60).
- De la Cruz, G. (2015). *Etapas del embarazo*. Obtenido de Embarazo y bebes. net : <http://embarazoybebes.net/etapas-del-embarazo/>
- Díaz V, Y Mejías M. (2013). Realizaron un estudio titulado "Ansiedad y depresión durante el embarazo" Mérida.
- Dick Read, G. (1944). *Childbirth without fear*. Nueva York: Harper
- García (2012). Ansiedad estado-rasgo entre gestantes adolescentes y adultas que acuden al Hospital Las mercedes de la ciudad de Chiclayo.

- García-Dié, M. y Palacín, C. (2001). *La familia: nuevas aportaciones*. Barcelona: Edebé
- Gaviridia S. (2009). Una visión integral de la medicina de la mujer. Primera ed.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Hock, C. (2008). *Los temperamentos: reconocerlos, aprovecharlos, enriquecerlos (1a. Edición)*. Santo Domingo, República Dominicana: Editorial INTERCOACH. Recuperado de: <http://programainternacionaldecoachingejecutivo.wikispaces.com/file/view/LOS-TEMPERAMENTOS.pdf> Pág. 5
- Fonseca, A. (2014). *Investigación científica en salud con enfoque cuantitativo*. Lima: Gráfica D&S. E.I.R.L
- José, L. (2016). *Gestantes deben evitar tensiones y estrés durante el embarazo*. La Primera, págs. 14-1.
- Montoya S. (2015) “Depresión y Ansiedad en mujeres gestantes primerizas atendidas en los centros de salud del Distrito de Huánuco 2015” Huánuco – Perú.
- Organización Mundial de la salud. La depresión y ansiedad. En <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs39>
- Ontiveros, T. (2010). Adaptación Psicosocial y Niveles de Ansiedad en Embarazadas Primigestas de Bajo Riesgo Obstétrico. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*, 27(2), 92-98
- Papalia, D.E. y Wendkos, S. (2000). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Pueyo A. Manual de Psicología Diferencial. España: Mc Graw Hill; 1999

- Quezada (2011). Investigación relación entre depresión, estrés y estresores en adolescentes gestantes bajo distintas condiciones de estado civil. Universidad Autonoma de Nuevo León. México,
- Rothhammer, P. (2006). *Dimensión del temperamento, síndrome déficit atencional con hiperactividad y actividad eléctrica cortical: un estudio realizado en niños de la región Metropolitana*. Chile. Tesis Magistral. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/aisha0705/tesis-dimension-temperamentopaularothhammer> Pág. 10
- Reyes J. (2008). *Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Descargado el 10 de febrero del 2016, de <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Rios, F. (2016). *Ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas que acuden al centro de salud de referencia de ayabaca, 2016* (Tesis de Pregrado). Universidad Alas Peruanas, Piura.
- Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. Síntomas depresivos al inicio del embarazo. Arch Wom Ment Health 2005; 8 (2): 97-104.
- Sánchez, C.H y Reyes, M.C. (1998). *Metodología y diseños en la investigación científica. Aplicados a la psicología educación y Ciencias sociales*. Lima, Perú: Mantaro.
- Sanz (1993). *Trastornos del Estado de Ánimo: II. Teorías Psicológicas*. Madrid, España. Disponible en - <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES/pdf/1995-Trastornos%20estado%20Animo-Teorias.pdf>.
- Tamayo M. (2009) *El proceso de la investigación científica*, México: Limusa.

Torres T. y Guevara Y. (2018). *Ansiedad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un Centro de Salud en la Ciudad de Iquitos – 2017*
(Tesis de pregrado) Universidad Científica del Perú. Iquitos.

ANEXOS

ANEXO N° 01

INVENTARIO DE PERSONALIDAD – EYSENCK FORMA B PARA ADULTOS (EPQ)

Ficha Técnica:

- **Nombre** : Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI),
Forma B
- **Autores** : Hans Jürgen Eysenck y Sybil Blanca Eysenck.
- **Tiempo** : Variable entre 30 minutos.
- **Aplicación** : Individual y colectiva.
- **Procedencia** : Universidad de Londres. Inglaterra.
- **Número de ítems**: Consta de 57 ítems.
- **Adaptación peruana** : Anicama 1979, adaptación a la población
2017.
- **Grupo de aplicación**: Desde los 16 años hacia adelante.
- **Objetivo** : Evaluar de manera indirecta los temperamentos
de la personalidad, de las cuales se obtiene cuatro temperamentos:
melancólico, colérico, flemático, sanguíneo.

INVENTARIO DE PERSONALIDAD – EYSENCK FORMA B PARA ADULTOS (EPQ)

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Estado civil _____ Grado de Instrucción _____

Instrucciones

Aquí tienes algunas preguntas sobre el modo como usted se comporta, siente y actúa. Después de cada pregunta, conteste en la hoja de respuestas con un “SI” o con una “NO” según sea su caso.

Después de cada pregunta conteste con un “Si” o con un “No”, marcando con un aspa o una cruz según sea el caso. Ahora comience, recuerde contestar todas las preguntas. No hay contestación “correctas”, ni “incorrectas” y esto no es un test de inteligencia o habilidad, sino simplemente una medida de la forma como usted se comporta.

N°	ITEMS	SI	NO
1	¿Le gusta abundancia de excitación y bullicio a su alrededor?		
2	¿Tiene a menudo un sentimiento de intranquilidad, como si quisiera algo, pero sin saber qué?		
3	¿Tiene casi siempre una contestación lista a la mano cuando se le habla?		
4	¿Se siente algunas veces feliz, algunas veces triste, sin una razón real?		
5	¿Permanece usualmente retraído (a) en fiestas y reuniones?		
6	¿Cuándo era niño(a) ¿hacia siempre inmediatamente lo que le decían, sin refunfuñar?		
7	¿Se enfada o molesta a menudo?		
8	Cuándo lo(a) meten a una pelea ¿prefiere sacar los trapitos al aire de una vez por todas, en vez de quedar callado(a) esperando que las cosas se calmen solas?		
9	¿Es usted triste, melancólico (a)?		
10	¿Le gusta mezclarse con la gente?		
11	¿A perdido a menudo el sueño por sus preocupaciones?		
12	¿Se pone a veces malhumorado (a)?		
13	¿Se catalogaría a si mismo(a) como despreocupado (a) o confiado a su buena suerte?		
14	¿Se decide a menudo demasiado tarde?		
15	¿Le gusta trabajar solo (a)?		
16	¿Se ha sentido a menudo apático (a) y cansado(a) sin razón?		
17	¿Es por lo contrario animado(a) y jovial?		
18	¿Se ríe a menudo de chistes groseros?		
19	¿Se siente a menudo hastiado(a), hartó, fastidiado?		
20	¿Se siente incómodo(a) con vestidos que no son del diario?		

21	¿Se distrae (vaga su mente) a menudo cuando trata de prestar atención a algo?		
22	¿Puede expresar en palabras fácilmente lo que piensa?		
23	¿Se abstrae (se pierde en sus pensamientos) a menudo?		
24	¿Está completamente libre de prejuicios de cualquier tipo?		
25	¿Le gusta las bromas?		
26	¿Piensa a menudo en su pasado?		
27	¿Le gusta mucho la buena comida?		
28	Cuándo se fastidia ¿necesita algún(a) amigo(a) para hablar sobre ello?		
29	¿Le molesta vender cosas o pedir dinero a la gente para alguna buena causa?		
30	¿Alardea (se jacta) un poco a veces?		
31	¿Es usted muy susceptible (sensible) por algunas cosas?		
32	¿Le gusta más quedarse en casa, que ir a una fiesta aburrida?		
33	¿Se pone a menudo tan inquieto(a) que no puede permanecer sentado(a) durante mucho rato en una silla?		
34	¿Le gusta planear las cosas, con mucha anticipación?		
35	¿Tiene a menudo mareos (vértigos)?		
36	¿Contesta siempre una carta personal, tan pronto como puede, Después de haberla leído?		
37	¿Hace usted usualmente las cosas mejor resolviéndolas solo(a) que hablando a otra persona sobre ello?		
38	¿Le falta frecuentemente aire, sin haber hecho un trabajo pesado?		
39	¿Es usted generalmente una persona tolerante, que no se molesta si las cosas no están perfectas?		
40	¿Sufre de los nervios?		
41	¿Le gustaría más planear cosas, que hacer cosas?		
42	¿Deja algunas veces para mañana lo que debería hacer hoy día?		
43	¿Se pone nervioso(a) en lugares tales como ascensores, trenes o túneles?		
44	¿Cuándo hace nuevos amigos(as) ¿es usted usualmente quien inicia la relación o invita a que se produzca?		
45	¿Sufre fuertes dolores de cabeza?		
46	¿Siente generalmente que las cosas se arreglarán por sí solas y que terminarán bien de algún modo?		
47	¿Le cuesta trabajo coger el sueño al acostarse en las noches?		
48	¿Ha dicho alguna vez mentiras en su vida?		
49	¿Dice algunas veces lo primero que se le viene a la cabeza?		
50	¿Se preocupa durante un tiempo demasiado largo, después de una experiencia embarazosa?		

51	¿Se mantiene usualmente hénico(a) o encerrado (a) en sí mismo(a), excepto con amigos muy íntimos?		
52	¿Se crea a menudo problemas, por hacer cosas sin pensar?		
53	¿Le gusta contar chistes y referir historias graciosas a sus amigos?		
54	¿Se le hace más fácil ganar que perder un juego?		
55	¿Se siente a menudo demasiado consciente de sí mismo(a) o poco natural cuando esta con sus superiores?		
56	Cuándo todas las posibilidades están contra usted, ¿piensa aun usualmente que vale la pena intentar?		
57	¿Siente “sensaciones” en el abdomen, antes de un hecho importante?		

ANEXO N° 02

ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG-EAA

Ficha Técnica:

- **Nombre** : Escala de Autovaloración de la Ansiedad de William Zung y Zung.
- **Autores** : William Zung y Zung
- **Tiempo** : Variable entre 15 minutos.
- **Aplicación** : Individual y colectiva.
- **Procedencia** : Universidad de Londres. Inglaterra.
- **Número de ítems** : Consta de 20 ítems.
- **Objetivo** : Evaluar los niveles de ansiedad.

Forma de evaluación:

Para su aplicación se le pide al sujeto que ponga una marca en el recuadro que el considere más adecuado a como se ha sentido en la última semana.

Calificación del Instrumento

Para obtener la calificación, se coloca la hoja de respuestas bajo la guía de puntuación y se escribe el valor de cada respuesta en la columna de la derecha y la suma de todas ellas al pie de la página. Luego se convierte la puntuación total en un índice basado en 100.

En este sentido, con la Escala EAA, se intenta estimar el estado de ansiedad presente en términos de medición cuantitativa de niveles de ansiedad, al margen de la causa.

ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG-EAA

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Estado civil _____ Grado de Instrucción _____

Instrucciones

Marque con una aspa (X) a la respuesta que más se aproxime a la forma en que se siente en general.

N°	Ítems	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	Me siento más intranquilo(a) y nervioso(a) que de costumbre.				
2	Me siento atemorizado(a) sin motivo.				
3	Me altero o agito con rapidez.				
4	Me siento hecho(a) pedazos.				
5	Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo.				
6	Me tiemblan las manos, los brazos y las piernas.				
7	Sufro dolores de cabeza, de cuello y de la espalda.				
8	Me siento débil y me canso fácilmente.				
9	Me siento tranquilo(a) y me es fácil estar quieto(a).				
10	Siento que el corazón me late aprisa.				
11	Sufro mareos (vértigos).				
12	Me desmayo o siento que voy a desmayarme				
13	Puedo respirar fácilmente.				
14	Se me duermen y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies.				
15	Sufro dolores de estómago e indigestión.				
16	Tengo que orinar con mucha frecuencia.				
17	Por lo general tengo las manos secas y calientes				
18	La cara se me pone caliente y roja				
19	Duermo fácilmente y descanso bien por las noches.				
20	Tengo pesadillas.				

ANEXO N° 03

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TEMPERAMENTO Y NIVEL DE ANSIEDAD EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO VILLA RICA, PASCO – 2019

TÍTULO	PROBLEMA GENERAL Y ESPECÍFICO	OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	TIPO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
“Temperamento y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019”	<p>Problema general.</p> <p>¿Cuál es la relación entre el temperamento y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019?</p> <p>Problemas Específicos.</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la relación entre el temperamento melancólico y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019? ¿Cuál es la relación entre el temperamento colérico y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019? ¿Cuál es la relación entre el temperamento sanguíneo y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019? ¿Cuál es la relación entre el temperamento flemático y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019? 	<p>Objetivo general.</p> <p>Determinar la relación entre el temperamento y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> Establecer la relación entre el temperamento melancólico y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019. Identificar la relación entre el temperamento colérico y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019. Establecer la relación entre el temperamento sanguíneo y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019. Establecer la relación entre el temperamento flemático y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019. 	<p>Hipótesis General</p> <p>Hi: Existe relación significativa entre el temperamento y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.</p> <p>Ho: No existe relación significativa entre el temperamento y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>Hi₁: Existe relación significativa entre el temperamento melancólico y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.</p> <p>Ho₁: No existe relación significativa entre el temperamento melancólico y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.</p> <p>Hi₂: Existe relación significativa entre el temperamento colérico y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.</p> <p>Ho₂: No existe relación significativa entre el temperamento colérico y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.</p> <p>Hi₃: Existe relación significativa entre el temperamento sanguíneo y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.</p> <p>Ho₃: No existe relación significativa entre el temperamento sanguíneo y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.</p> <p>Hi₄: Existe relación significativa entre el temperamento flemático y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.</p> <p>Ho₄: No existe relación significativa entre el temperamento flemático y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.</p>	<p>Variable 1: Temperamento</p> <p>Variable 2: Ansiedad</p>	<p>Tipo: No experimental</p> <p>Nivel: relacional</p> <p>Diseño:</p> <p style="text-align: center;">Ox r Oy</p> <p>Donde: M = Muestra de gestantes. Ox= Evaluación del Temperamento Oy= Evaluación de la Ansiedad r = Correlación entre dichas variables.</p>	<p>Población La población estará conformada por 97 gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.</p> <p>Muestra: tipo probabilística-aleatorio simple La muestra estará conformada por total de los 78 gestantes.</p>	<p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inventario De Personalidad Eysenck Forma B, para adultos (EPI). - Escala De Automedición De Ansiedad (EAA)

ANEXO N°4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“Temperamento y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019”

PERSONAS A CARGO DE LA INVESTIGACIÓN:

Bach. Nieto Gonzales Celedonia Mariela

LUGAR DONDE SE VA A REALIZAR EL ESTUDIO

Se realizará en la ciudad de Villa Rica.

CON EL OBJETIVO DE:

Determinar la relación entre el temperamento y nivel de ansiedad en las gestantes del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica, Pasco – 2019.

PLAN DEL ESTUDIO:

Se entrevistara a las gestante y se le aplicara 2 instrumentos psicométricos (Inventario de Personalidad – Eysenck forma B y Escala De Automedición De Ansiedad).

BENEFICIOS DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO:

- las mujeres gestantes podrá participar en una investigación en la cual tendrá la oportunidad de dar a conocer sus ideas, sus vivencias y sus sentimientos de una manera libre y confidencial.
- Usted también recibirá un informe final que contenga los resultados de la investigación.

CONFIDENCIALIDAD, PRIVACIDAD DE LOS ARCHIVOS Y ANONIMATO:

En la siguiente investigación se garantiza los siguientes aspectos:

- **Privacidad:** En las entrevistas que se realicen
- **Confidencialidad:** Su privacidad, así como la de los archivos con información se mantendrán de manera confidencial. Se sugiere la utilización de un seudónimo.
- **Participación voluntaria:** La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de brindar el consentimiento de que su menor hijo participe en este estudio, y son libres de abandonar en cualquier momento el estudio, no tendrá ninguna repercusión, ni tampoco perderán los beneficios que ya haya obtenido.

Participante

Nieto Gonzales Celedonia Mariela
Investigador